N° D'ORDRE
26

ANNÉE 1962

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 Février 1962

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Madame Odile PY

Ancienne Interne de l'Hôpital du Vinatier

née le 25 Décembre 1930 à Aix-les-Bains (Savoie)

LES COMPORTEMENTS DE PASSIVITÉ EN PSYCHIATRIE

N° D'ORDRE
26

ANNÉE 1962

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 Février 1962

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Madame Odile PY

Ancienne Interne de l'Hôpital du Vinatier

née le 25 Décembre 1930 à Aix-les-Bains (Savoie)

LES COMPORTEMENTS DE PASSIVITÉ EN PSYCHIATRIE

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Faculté Mixte de Médecine & de Pharmacie
de L Y O N

PERSONNEL DE LA FACULTE

M.J.LEPINE : Doyen Honoraire
Membre de l'Institut

M. H.HERMANN : Doyen
Correspondant de l'Institut

MM. M.LEVRAT, Assesseur
L.REVOL , Assesseur

Professeurs Honoraires

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

Professeurs

MM. HERMANN	Physiologie
CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale
ROCHET	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
GUILLEMINET	Clinique de chirurgie orthopédique et de chirurgie infantile
REVOL	Pharmacie galénique et matière médicale
POLLOSSON	Clinique gynécologique
PIGEAUD	Clinique Obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail
LEVRAT	Clinique Médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
DUCLOS	Clinique stomatologique
BERNHEIM	Clinique médicale infantile et hygiène du premier â
JOURDAN	Biologie médicale et pharmacodynamie
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergo logie
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie

MM.	CREYSSEL	Clinique traumatologique des membres
	DARGENT	Cancérologie
	GUICHARD	Anatomie pathologique
	GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
	LATARJET	Anatomie
	PEYCELON	Pathologie chirurgicale
	GIRARD Marcel	Thérapeutique
	VACHON	Pathologie médicale
	GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
	KEHL	Histologie et embryologie
	PAPILLON	Radiologie
	JEUNE	Clinique des maladies infectieuses
	GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
	MONNET	Bactériologie

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM.	BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
	DORCHE	Technologie pharmaceutique

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	BANSSILLON	Obstétrique	CHATONNET	Physiologie
	ROMAN	Parasitologie	CIER André	Pharmacie Chimique & Pharmacologie
	BERTOYE	Bactériologie		
	CIER J-F.	Physiologie	PERROT	Chimie organique et Toxicologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Médecine

MM.	FEROLDI	Anatomie pathologique
	CREYSSEL Roger	Chimie biologique et médicale
	DUROUX Emile	Anatomie
	BRETTE René	Thérapeutique
	DUMONT Louis	Histologie
	THIVOLLET Jean	Hygiène
	GARIN Jean-Paul	Parasitologie
	MORET Robert	Physique
	BOUCHET Alain	Anatomie
	TOMASI Michel	Anatomie pathologique
	RIFFAT Georges	Hygiène
	JOUVET Michel	Pathologie expérimentale
	FAVRE-GILLY Jean	Hématologie

Pharmacie

MM.	ODDOUX Lucien	Botanique et Cryptogamie
	MALLEIN René	Chimie analytique
	GRAS Jean	Chimie biologique
	PEYRIN Jean-Olivier	Physique

AGREGES EN EXERCICE

MM.	MATHIEU Jacques	Obstétrique
	MARION Joseph	Orthopédie
	GUINET Paul	Médecine générale
	PONT Maurice	Médecine générale
	VIGNON Georges	Médecine générale
	REVOL Louis	Médecine générale
	PLAUCHU Marcel	Médecine générale
	TRAEGER Jules	Médecine générale
	MARION Pierre	Chirurgie générale
	MICHAUD Pierre	Chirurgie générale
	JAUBERT de BEAUJEU M.	Chirurgie générale
	SAUTOT Jean	Chirurgie générale
	GUILLEMIN Georges	Chirurgie générale
	BURTHIAULT René	Obstétrique
	GIGNOUX Marcel	Oto-Rhino-Laryngologie
	FRANCOIS René	Pédiatrie
	FREIDEL Charles	Stomatologie
	DEVIC Michel	Médecine générale
	DESPIERRE Charles	Médecine générale
	de MOURGUES Georges	Chirurgie générale
	FRANCILLON Jacques	Chirurgie générale
	SAUBIER Eugène	Chirurgie générale
	COLOMB Daniel	Dermatologie
	COLIN Marcel	Médecine légale
	TOLOT François	Médecine du Travail
	GUYOTAT Jean	Neuro-Psychiatrie
	SCHOTT Bernard	Neuro-Psychiatrie
	DUMONT Martial	Obstétrique
	BONAMOUR Georges	Ophtalmologie
	DURAND Louis	Urologie
	GARDE Alexandre	Médecine générale
	PERRIN André	Médecine générale
	LARBRE François	Médecine générale
	MORNEX René	Médecine générale
	NORMAND Jean	Médecine générale

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550013_0034

MM.	MARET Gilbert	Chirurgie générale
	DESCOTES Jacques	Chirurgie générale
	CHASSARD Jean-Louis	Electro-Radiologie
	ALLEGRE Georges	Neuro-Chirurgie
	HUGONNIER René	Ophtalmologie
	FAYSSE Robert	Orthopédie
	GAILLARD Jean	Oto-Rhino-Laryngologie
	KALB Jean-Claude	Pneumo-Phtisiologie

Examinateurs de la Thèse :

MM.

le Professeur DECHAUME : Président.

le Professeur COLIN

le Professeur GUYOTAT

Le Professeur MARIN

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MON MARI

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME

Professeur de Clinique Neuropsychiatrique et d'Hygiène Mentale

Nous avons eu le privilège d'être Interne dans son son Service au Vinatier. Il nous a aidé de ses conseils.

Nous le remercions d'avoir accepté de présider cette thèse.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE COLIN

Nous avons eu le bonheur de suivre ses cours de criminologie. Il a considérablement élargi nos horizons.

Nous avons pu, à maintes reprises, apprécier la chaleur de son accueil.

Nous lui exprimons ici notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUYOTAT

L'année passée dans son service fut pour nous très riche d'enseignement. Il nous a aidé de ses conseils de psychothérapie.

Nous l'assurons de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE MARIN

Il fut toujours extrêmement bienveillant à notre égard et nous a permis de bénéficier de ses connaissances en médecine légale.

Nous l'assurons de notre attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALVET

Il inspira cette thèse et nous dirigea constamment.
L'année passée comme Interne dans son service fut nous particulièreme
enrichissante et formatrice.

Notre ambition est d'être appelé son élève.

A MONSIEUR LE DOCTEUR REQUET

Notre séjour dans son service fut pour nous un enchantement. Il n'a cessé, par la suite, de nous encourager et de nous conseiller.

Il inspira un chapitre de cette thèse.

Nous lui devons beaucoup.

Nous l'assurons de notre attachement et de notre profond respect .

A MONSIEUR LE DOCTEUR ACHAINTRE

Il nous initia à la psychiatrie.

Il nous témoigna une constante sollicitude au cours de notre Internat.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUJARD

Nous avons eu l'occasion de faire un remplacement dans son service.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOR

Nous avons pu apprécier sa culture et sa grande amabilité.

Qu'il en soit ici remercié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LECULLIER

Nous eûmes le privilège de passer deux mois dans son service. Il nous accueillit avec la plus grande bienveillance.

Nous l'assurons de notre respectueuse gratitude.

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DU VINATIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BERTHIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BROUSSOLLE

MONSIEUR LE DOCTEUR BECACHE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERGERET

MONSIEUR LE DOCTEUR ROULLET

MONSIEUR LE DOCTEUR BURGAT

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCKSON

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

AUX ASSISTANTES SOCIALES, INFIRMIERES, INFIRMIERS et SECRETAIRES DU VINATIER avec qui nous avons travaillé

A MADAME SERVE, A MADEMOISELLE ROSSIGNEUX,
Secrétaires, qui nous ont aidé dans ce travail.

P R E A M B U L E

Le jeune interne qui fait ses premiers pas dans la vie de l'Hôpital Psychiatrique est tout d'abord saisi par l'effarant pouvoir qui est donné au psychiatre ; c'est lui, et lui seul qui décide de la "sortie" du malade. D'une signature d'un homme décidant seul, dépend l'avenir d'un autre homme.

Mais ce pouvoir apparaît bientôt comme singulièrement limité et négatif : la toute puissance du psychiatre ne peut s'exercer en fait qu'à sens unique, le médecin peut retenir le malade, il peut l'empêcher de sortir, mais il lui est infiniment plus difficile de le faire sortir.

Les raisons en sont diverses, et certaines tiennent au refus de la société de recevoir le fou. Mais le malade lui-même fait obstacle à sa sortie. Il a pour cela plusieurs possibilités : ou bien il cherche à ne pas se faire remarquer, à se faire oublier,-ou bien il incrimine la persistance de tel ou tel symptôme, le plus souvent d'ordre physique d'ailleurs (céphalée, insomnie, asthénie) ou bien encore pourra se produire une rechute dans les jours précédant la sortie - Il peut enfin rechuter quelques jours ou quelques heures après sa sortie, et se faire réhospitaliser. Dans tous ces cas on parlera d'habituation hospitalière, ou bien on incriminera la mauvaise volonté, la paresse du malade ou sa passivité.

La passivité du malade à l'Hôpital Psychiatrique se manifeste également dans son comportement quotidien et les ergothérapeutes se plaignent de l'inertie des malades qui ne montrent aucun enthousiasme au travail, qui n'ont pas d'initiative, qui parlent à peine entre eux. Les mêmes difficultés se retrouvent dès qu'il s'agit de sport, de gymnastique, voire même pour les amener à assister à une émission de télévision.

Cette constatation ne manque pas de surprendre les visiteurs d'occasion d'un Hôpital Psychiatrique qui sont souvent bien déconfits en ne découvrant aucun pittoresque, mais seulement une réalité morne et grise.

La passivité a remplacé l'agitation de nos hôpitaux, dit-on souvent. Et comme cette transformation a coïncidé avec l'apparition des neuroleptiques, dont on

sait qu'ils provoquent de la somnolence et des troubles moteurs, la relation de cause à effet s'établit tout naturellement : les neuroleptiques suppriment l'agitation, suppriment les symptômes les plus voyants de la maladie mentale, mais les remplacent par la passivité. Nous reviendrons dans le cours de ce travail sur les relations entre la passivité et les neuroleptiques. Mais pour l'instant nous critiquerons d'abord cette proposition : "la passivité est caractéristique du nouvel Hôpital Psychiatrique, elle n'existait pas autrefois".

Pourtant le temps n'est pas si loin où des dizaines de malades restaient assis sur des bancs, ou sur le sol, toujours à la même place, sans jamais s'adresser la parole. Les anciens auteurs ne décrivaient pas que des états d'agitation et faisaient une grande part à la torpeur, à l'adynamie, à la prostration, à l'athymhormie, à l'aboulie dans leurs descriptions. Même la littérature romanesque savait insister sur le silence des asiles.

La passivité existe aussi bien dans le nouvel Hôpital Psychiatrique que dans l'ancien asile. Nous étudierons plus loin quel est le rôle de l'hospitalisation dans l'apparition de ce syndrome. Mais on peut affirmer d'emblée qu'en dehors même de nos murs le problème est déjà posé. Un grand nombre d'hospitalisations se font pour cette raison = impossibilité pour les mères de famille d'assurer leur ménage, pour un homme de mener à bien son activité professionnelle, torpeur, aboulie. Dans un tout autre domaine, les psychanalystes décrivent des passivités transitoires au cours des psychanalyses et des psychothérapies. Ainsi la passivité apparaît tantôt comme la cause de l'hospitalisation, tantôt comme la conséquence, ou bien en dehors de toute hospitalisation, elle peut se voir au cours d'un traitement neuroleptique ou en dehors de tout traitement ; et l'on est amené à penser qu'elle est en fait liée à la maladie mentale elle-même. Ce sera une de nos hypothèses de travail.

Une des plus grandes difficultés de ce travail fut de préciser la définition de la passivité et surtout de la limiter, car il est tentant de l'étendre à toute la psychiatrie et de tout voir sous ce jour. En effet il est beaucoup plus facile de trouver, à l'intérieur de l'Hôpital, des malades passifs, que des malades actifs. (Nous en eûmes la preuve lorsque nous voulûmes étudier l'agressivité des malades passifs par le test de Rosensweg, et la comparer à celle des malades actifs. Nous eûmes le plus grand mal à en trouver un lot suffisant et encore n'avons-nous pas osé

les appeler actifs mais seulement "non passifs"). De plus il est souvent même difficile de se mettre d'accord entre thérapeutes pour dire si tel ou tel malade est passif ou ne l'est pas. Il existe plusieurs sortes de passivité, que nous étudierons en détail. Disons dès maintenant que la passivité n'est ni un symptôme, ni une maladie autonome, elle est un mode de comportement qui peut prendre diverses formes et avoir des significations dissemblables, d'où une source de confusion possible. En outre, nous pensons qu'il faut nettement séparer les cas où la passivité est un symptôme parmi d'autres, au cours d'un accès aigu d'une maladie mentale : telles la catatonie, la stupeur mélancolique ou confusionnelle. On peut, si l'on veut parler ici de passivité, mais il s'agit dans ce cas d'une forme monstrueuse de la passivité ; et elle disparaîtra en même temps que les autres symptômes - il faut séparer ces cas de ceux où la passivité apparaît comme le maître symptôme, où elle est au premier plan. C'est alors qu'elle est pour nous un problème et c'est surtout celle-là que nous étudierons.

Même dans ce dernier cas d'ailleurs les choses ne sont pas si simples, car il est des degrés de passivité et il nous faudra nous demander en face d'un malade non seulement "actif ou passif" ? mais "jusqu'à quel point actif, jusqu'à quel point passif ? "

Insistons sur le fait que nous nous attacherons seulement à la passivité morbide et non à la passivité caractérologique. Outre le fait qu'elles ne se situent pas sur le même plan, elles ont entre elles une différence essentielle : la passivité caractérologique est stable chez un individu donné tout au long de sa vie, alors que la passivité morbide peut n'être que temporaire. Il nous faudrait plutôt parler de phase de passivité, ne serait-ce que pour éviter le piège constitutionnaliste, et se garder de donner un caractère définitif et un peu péjoratif à l'assertion "c'est un passif".

•

• o

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Si la passivité est un terme banal dont chacun connait approximativement le sens, si le mot revient avec une certaine fréquence dans de nombreux écrits de psychologues, de psychiatres ou de psychanalystes, il est étonnant de constater que les psychiatres s'y sont, en fait, fort peu intéressés. On fait souvent allusion à la passivité, on ne l'étudie jamais.

Ce sont sans doute les psychologues, et plus précisément les caractérologues qui l'ont étudiée le plus. Il nous faut en particulier faire une place aux travaux de l'Ecole de GRONINGUE et plus spécialement à ceux de HEYMANNS. Rappelons que l'originalité de ces travaux réside d'abord dans leur méthode qui, à base de questionnaires nombreux, permet des recoupements, essaie d'éliminer les notions purement intuitives pour les remplacer par des notions les plus objectives et les plus scientifiques possible . En outre, ces auteurs s'attachent à éviter l'émiettement, l'atomisation des fonctions humaines pour essayer, au contraire, une synthèse précise. Leur conclusion est que le caractère est déterminé par 3 propriétés fondamentales : l'émotivité, l'activité et le retentissement des représentations qui, chez les primaires, ne dépasse guère le présent et, chez les secondaires, se prolonge longuement. Il obtient ainsi 8 types dont 4 comportant la caractéristique non actif : les amorphes (non émotifs - non actifs primaires), les apathiques (non émotifs - non actifs secondaires) les nerveux (émotifs - non actifs primaires), les sentimentaux (émotifs - non actifs secondaires). Ces quatre types peuvent se retrouver parmi nos malades. Mais notons que nous n'avons ici que la caractéristique non active, c'est-à-dire que la passivité n'est vue que par son côté négatif. La passivité en tant que phénomène positif n'est pas étudiée. On ne la trouve pas plus dans les différentes typologies, caractérologies, constitutions des philosophes ou des psychiatres - ni chez DUPRE, ni chez KRETSCHMER, ni chez MINKOWSKY, ni chez les phénoménologues, ni chez les psychanalystes. Pourtant on peut dire que la passivité est une des constituantes de nombreuses entités caractérologiques, telles que l'asthénie (PENDE) et la psychasthénie (JANET) l'introversion (JUNG) etc...

A la limite de la caractérologie et de la psychiatrie, se situe la classification neurologique de PAVLOV et de son Ecole avec ses notions de type nerveux caractérisés par 3 éléments : la force des processus d'excitation et d'inhibition, l'équilibre de ces processus, la mobilité de ces processus : c'est le type nerveux faible, ou type mélancolique qui semble le plus marqué de passivité - Il y a prédominance de l'inhibition pour PAVLOV. Ses élèves y ont vu également la possibilité de faiblesse des 2 processus. Par ailleurs BIRMAN décrit un type inerte où l'excitation et l'inhibition sont fortes, mais où la mobilité des processus est très faible.

A dire vrai, la passivité est également évoquée dans la caractérologie psychanalytique (caractère oral - caractère anal - caractère narcissique - caractère masochique). Nous y consacrerons un paragraphe en raison de l'application de ces notions aux névroses. Cette caractérologie analytique est dûe aux travaux de FREUD, ABRAHAM, JONES, NACHT ...

La passivité morbide ne fut guère étudiée comme symptôme clinique par les psychiatres. Il nous faut cependant citer la "joie passive" de MIGNARD mais qui est fort loin de notre propos, et surtout "le syndrome de passivité" de DE CLERAMBAULT. Il s'agit d'un premier stade de la psychose hallucinatoire, stade caractérisé par l'absence d'hallucinations. "Syndrome caractérisé, dont les éléments principaux sont les échos, les non-sens, les paresthésies de tous ordres, les phénomènes psychomoteurs et les inhibitions de tout genre. Ce syndrome est bien cohérent quoique non nettement circonscrit. Il forme la base comme des délires d'influence, de possession et de persécution, avec ou sans démence. Nous n'avons pas encore trouvé pour lui de désignation satisfaisante. Nous l'avons appelé petit automatisme, syndrome de passivité, syndrome d'interférence, syndrome de parasitisme, syndrome de contrainte, pour le distinguer de l'automatisme général, avec lequel, sur ses limites, il se confond. Nous admettons que son origine est mécanique. " (*)

Pour de CLERAMBAULT donc, ce syndrome est indépendant de la personnalité du malade. Il est mécanique et "surprend le sujet dans un état affectif neutre, et les troubles initiaux sont eux-mêmes neutres ... le développement intense et

---

(*) De CLERAMBAULT - Oeuvres complètes -

rapide des idées hypochondriaques, mystiques ou de persécution n'a lieu que là où les tendances afférentes préexistaient ; et il a lieu au prorata de ces mêmes tendances". Nous voyons donc qu'il s'agit là, en quelque sorte, d'une phase d'invasion de la maladie délirante, et donc d'un syndrome qui ne vise pas le comportement du malade ; le terme de passivité désigne, en fait, une hypothèse pathogénique.

Plus récemment, DIDE et GUIRAUD ont décrit dans la schizophrénie, sous le nom d'athymhormie, un "fléchissement primitif et précoce des sources instinctives de la vie mentale"qui ressemble, par quelque côté, à la passivité. Ce syndrome est caractérisé en effet par l'anhormie (déficit des instincts vitaux), par l'athymie (inaffectivité) et par l'inertie. C'est surtout dans ce dernier symptôme que la passivité intervient (mais nous verrons plus loin que pour nous la passivité n'est pas une inaffectivité, bien au contraire).

Nous ne pouvons passer sous silence, dans cet historique, les travaux de MINKOWSKY. Les allusions à la passivité sont nombreuses dans son oeuvre mais on n'en trouve pas la description ni l'analyse.

Citons enfin le travail de J.VIE (Annales Médico-Psychologiques - 1939 -) sur "quelques terminaisons des délires chroniques" qui décrit 3 modes de terminaison dont l'une faite d'une "bonne intégration dans le monde réel" évoque tout-à-fait le syndrome de passivité. On trouve sous sa plume des expressions très évocatrices"retraités du délire" - enkystement du délire" - "le sujet était paresseux, il fallait le stimuler" - "insouciance" - "sujets détachés du passé" - "la métaphysique de l'inertie apparait comme une normalisation de la perplexité".

Ces quelques exemples suffisent à prouver que si les anciens auteurs se sont peu attachés à l'étude de la passivité, c'est parce qu'ils avaient l'attention attirée sur d'autres symptômes, plus bruyants et plus gênants ; mais la passivité existait cependant.

Plus près de nous les psychanalystes ont étudié divers modes de passivité que nous évoquerons plus loin : la passivité du nourrisson, la passivité féminine, les phases de passivité au cours des psychanalyses.

Mais c'est surtout depuis l'emploi des neuroleptiques que l'attention des psychiatres fut attirée sur la passivité. - On remarqua d'abord les syndromes d'imprégnation aux neuroleptiques, qui provoquent une passivité que l'on pourrait qualifier de neurologique, puis on s'aperçut que certaines autres formes de passivité paraissaient autant psychiatriques que neurologiques. Les travaux sur les neuroleptiques sont innombrables, Nous citerons essentiellement en France ceux de LE GUILLANT, DESHAIES, PAUMELLE, DELAY, sur les incidents des neuroleptiques. Enfin, en 1959, avait lieu au Vinatier un Colloque sur la passivité au cours des traitements neuroleptiques introduit par un exposé du Docteur BALVET. C'est de ce Colloque qu'est née l'idée de cette thèse. Nous avions pensé nous borner à l'étude des relations entre la passivité et les neuroleptiques, mais nous fûmes rapidement amenés à constater que la passivité existait largement en dehors de tout traitement neuroleptique. Finalement nous l'avons étudiée pour elle-même, réservant seulement un bref chapître à ses conditions d'apparition au cours des traitements.

o

o o

CHAPITRE II

DESCRIPTION CLINIQUE DE LA PASSIVITE

Nous avons vu dans l'introduction que la passivité se manifestait à l'Hôpital Psychiatrique par deux ordres de faits : d'une part, l'absence de participation des malades aux diverses activités de l'Hôpital, d'autre part, le passage à la chronicité et l'habituation hospitalière. C'est l'aspect le plus évident, le plus extérieur de la passivité.

Nous allons maintenant tenter une séniologie de la passivité, puis nous en donnerons quelques exemples, enfin nous discuterons sa valeur nosographique.

I - SEMIOLOGIE DE LA PASSIVITE MORBIDE

Le mot passivité évoque immédiatement un tableau terne et immobile. En fait, sur un fond de symptômes négatifs ou les "a" privatifs abondent, on peut cependant décrire des symptômes positifs qui donnent un certain relief à l'ensemble.

Symptômes négatifs :

• Déficit de l'activité : c'est évidemment le symptôme le plus immédiatement perçu. Le malade passif est souvent fort peu actif. Mais il y a des degrés dans cette inactivité et elle peut même manquer totalement.

Il peut y avoir ralentissement des gestes et de la mimique qui peut aller jusqu'à l'inhibition évoquant un syndrome d'imprégnation neuroleptique.

Il peut y avoir une inactivité moins neurologique : le malade n'est pas figé, ni inhibé, mais simplement il ne s'occupe pas, ne travaille pas, ne se distrait pas.

• Désintérêt : Le passif semble aboulique et indifférent. Il ne s'intéresse pas à ce qui l'entoure. A l'ergothérapie il n'a pas d'initiative. Il se contente d'exécuter ce qu'on lui demande de faire. Une fois le travail terminé, il attend que le moniteur s'aperçoive de son désoeuvrement. Il ne parle pas à ses voisins. Il ne

voit même pas les modifications apportées au service : les fleurs, les rideaux, les tableaux, le laissent indifférent. Il lui est égal de manger dans des assiettes en fer ou dans des assiettes en faïence. Il ne va pas à la télévision. Il n'écoute pas la radio "ça ne n'intéresse pas".

Il ne faudrait pas d'ailleurs se laisser prendre à cette indifférence qui n'est, en fait, que le masque de sa vulnérabilité.

• La fuite devant les responsabilités.

Elle se marque à l'Hôpital par le rejet de toute fonction qui comporte un certain degré de responsabilité.

Mais elle est surtout la raison essentielle du refus de sortir et de l'habituation hospitalière.

Elle va même jusqu'au refus de la prise en charge de la maladie qui est considérée comme extérieure et sans rapport avec la personnalité du sujet.

Les symptômes positifs :

Les uns font partie intégrante de la passivité, ce sont la soumission et la dépendance ; les autres sont différents d'elle mais fréquemment rencontrés au cou des syndromes de passivité : ce sont les activités dégradées et les manifestations agressives.

• La soumission est à son maximum chez le passif pilier d'asile appelé communément "le bon malade". Il s'agit là d'un malade calme, obéissant, à qui on peu demander de multiples services. Cette soumission est le signe de la dépendance du passif. Elle va souvent de pair avec une suggestibilité qui rend le passif sensible à de multiples influences.

• Les activités dégradées :

- La négligence corporelle et vestimentaire : le passif souvent est sale, mal coiffé, ne change pas de vêtements ou froisse et tâche les vêtements propres qu' lui donne. Il ne se soucie pas de son apparence. De même, il ne nettoie pas sa chambre.

- Souvent il s'adonne à un collectionnisme futile et polymorphe : il accumule les morceaux de ficelle, les papiers ; ses poches ou sa table de nuit sont pleines d'objets hétéroclites.

- A l'inverse, il peut être scrupuleux, minutieux (mais ceci se voit surtout dans les passivités liées à une névrose obsessionnelle et c'est alors plutôt le fonds psychasthénique qui est responsable de ce goût excessif de l'ordre.)

- Quand il a une activité, elle est habituellement très stéréotypée et presque automatique. Il n'est que de voir certains malades à l'ergothérapie faire sans cesse le même geste pour se convaincre de l'inutilité totale d'un tel travail.

Il peut même s'agir d'une activité sans aucune finalité : promenades rituelles dans les couloirs par exemple.

A l'inverse, certains malades passifs ont indiscutablement une activité valable à l'intérieur de l'Hôpital. Ils peuvent même parfois se rendre indispensable (voir plus loin l'observation n°4 de Melle GO...). Mais il s'agit cependant d'une activité ayant des normes très fixes, peu adaptable au changement.

• Les conduites agressives sont très fréquentes.

- La bouderie en est une des plus caractéristiques (obs.n°7 Melle.CO...) La malade s'oppose ainsi à son milieu sans pourtant rompre le lien. Il impose sa présence muette et réprobatrice, tel un hérisson. Cette attitude d'enfant grognon se voit dans de nombreuses catégories nosographiques, soit dans la schizophrénie, soit chez les épileptiques, soit dans la névrose d'abandon, soit dans la neurasthénie.

- Pas tellement différente mais plus nettement agressive est l'opposition qui peut aller jusqu'au négativisme. Faite du refus de tout ce qui est proposé, elle risque de conduire le malade à l'inertie et à un isolement presque total.

- L' ironie et le scepticisme ne sont pas rares. Ils représentent un degré de plus dans l'agressivité. Mais ils sont peut-être moins destructeurs qu'ils ne le paraissent et semblent être surtout une attitude de défense .

- Enfin nous décrirons plus loin quelques exemples de comportements clastiques chez des passifs. Ils surviennent habituellement de façon brutale, soit à l'occasion d'une intervention extérieure, soit sans raison apparente. Quelque soit sa manifestation, l'agressivité manque rarement dans les syndromes de passivité. Nous verrons plus loin qu'elles sont intimement liées et qu'elles sont deux modes de défense face à l'insécurité.

II - QUELQUES TYPES CLINIQUES

1) L'APRAGMATIQUE : c'est le malade inactif, peu agressif, extrêmement dépendant, incapable de vivre seul.

Observation n°1 - Mr.ME... Joseph, né en 1924.

Mr.ME... a été hospitalisé une première fois en 1959 au Pavillon de Psychiatrie de l'Hôpital Général. Il était alors considéré comme un inadapté, surmené professionnel. Depuis sa sortie, existence particulièrement mouvementée: mariage avec une femme enceinte - séjour en clinique psychiatrique à Nîmes : insulinothérapie - cure de sommeil. Installation de l'apragmatisme. Il fut hospitalisé une seconde fois au pavillon de psychiatrie de l'Hôpital Général en Août 1960 et il fut interné pour "apragmatisme, attitudes revendicatrices, réponses péremptoires, agressivité à l'égard des voisins de lit, menaces et coups au personnel donnant lieu, le soir, à des bagarres. Il s'agit d'un déséquilibré inadaptable à structure paranoïaque qui doit être interné d'urgence".

Il s'agit d'un homme dont le curriculum vitae est complexe :

Né en France de parents espagnols, il a vécu en France jusqu'à 15 ans. En 1940, ils sont alors retournés en Espagne où ils sont restés jusqu'en 1949 ; sa mère est restée en Espagne où elle est morte en 1952. La vie sentimentale de Mr.ME... est très pauvre. Il eut une aventure platonique en Espagne, à 23 ans, une autre en France, à 29 ans ; dans les deux cas, ce sont les filles qui l'ont laissé. Puis en 1958, il eut une aventure d'où naquit une fille, mais la mère n'a pas voulu l'épouser. Il faut noter qu'il avait alors 34 ans et son amie 36 ans. Il parle souvent de ce mariage manqué, de la petite fille qui en était née et regrette de n'avoir pas pu épouser la mère. Finalement il se marie en 1959 avec une femme enceinte d'un autre homme qui n'avait pas voulu l'épouser : une fille est née qu'il a adoptée.

C'est du mariage manqué de 1958 que datent les premiers troubles. Il se plaignait de céphalées, de douleur en casque, de poussées de mauvaise humeur. Il

refusait de voir quiconque et s'isolait de plus en plus. Les troubles s'aggravèrent après son mariage. Il fut hospitalisé une première fois à Lyon en 1959, puis une autre fois à la Clinique Psychiatrique de Nîmes pendant 3 mois où il reçut une cure de sommeil et de l'insulinothérapie. Ensuite les troubles recommencèrent. Il fut alors hospitalisé au pavillon psychiatrique de l'Hôpital Général de Lyon qui nous l'envoya.

Lors de son premier séjour au Vinatier, il se plaignait de céphalées avec la même topographie et les mêmes irradiations qu'autrefois, d'insomnie, d'asthénie surtout marquée l'après-midi. Il accusait un sentiment d'infériorité vis-à-vis des autres. Il craignait que sa conversation soit insignifiante, se sentait ralenti dans ses gestes comme dans ses paroles. Il était hésitant, il réfléchissait beaucoup, ce qui l'empêchait d'agir. Il avait une tendance agoraphobique. Au cours des fêtes, il se plaignait de ne pouvoir participer à la joie publique qui, au contraire, le rétractait. Chez lui, il était triste et il pleurait. Il était irritable. On était frappé par son aspect longiligne, sa présentation déprimée et asthénique. Le médecin chef de service portait alors le diagnostic de : "céphalées de type neurasthénique avec préoccupations hypochondriaques - hypersensibilité au bruit et à la présence d'autrui au point d'aboutir à une véritable agoraphobie - troubles du comportement récents, apparus en milieu hospitalier."

Sorti de l'Hôpital le 26 Septembre 1960, il retourna chez lui où il resta un an - mais, depuis cette date, il n'a pas repris son travail. Il a fait 3 séjours en maisons de repos. Il sera hospitalisé une dernière fois, spontanément, au service libre du Vinatier, le 12 Septembre 1961. Sa femme l'avait quitté depuis le 29 Août 1961 en emmenant sa fille et les meubles.

A son entrée dans le service, on est frappé par sa passivité extrême. Le malade cherche à passer inaperçu. Il fait ce qu'on lui demande de faire mais sans plus. Il se plaint toujours de céphalées et d'asthénie.

Actuellement il est toujours hospitalisé et ne cherche pas à sortir.

Toutes ses tentatives pour trouver du travail se soldent par un échec. Il dit d'ailleurs qu'il ne peut pas travailler à cause de ses céphalées. Son attitude est très indifférente. Il ne s'inquiète pas de sa situation actuelle, ne fait pas de projets d'avenir. Au cours de son séjour à l'Hôpital, il a appris que sa femme avait demandé le divorce. Il se contenta de dire : "je ne veux pas divorcer", sans s'inquiéter davantage et sans manifester le désir de se mettre en rapport avec sa femme pour essayer d'empêcher le divorce. Le contact avec lui reste très superficiel. Il raconte sa vie d'une voix larmoyante et il paraît très infantile.

On est frappé, dans cette observation, par la succession d'échecs en particulier d'ordre sentimental dans la vie de ce malade. Parallèlement, il faut remarquer sa résignation : il est victime, il ne lutte pas. Notons enfin que ce malade est habituellement passif. Il n'a manifesté qu'une fois son agressivité, lors de son séjour au pavillon psychiatrique de l'Hôpital Général, d'où il fut interné pour réactions paranoïaques.

Observation n°2 - Melle.MA... Née le 24 Février 1938.

Melle.MA... est entrée pour la première fois à l'Hôpital Psychiatrique à 20 ans, le 3 Avril 1958. Elle est actuellement hospitalisée pour son 6°séjour. En 3 ans, elle a passé à l'Hôpital 20 mois entiers. Il s'agit d'une débile légère,dont le motif de l'hospitalisation est le comportement sexuel libertaire. Son père est alcoolique notoire, sa mère était elle-même malade mentale. Elle fut soignée plusieurs fois au service de psychiatrie à l'Hôpital Général. Elle est morte un an après la première hospitalisation de Melle.MA...

Melle.MA... a été à l'école jusqu'à 14 ans. Elle n'a pas eu son certificat d'études. A partir de l'âge de 14 ans, elle a été placée mais elle n'est jamais restée plus de 6 mois dans une place.

A sa première entrée, on est frappé par sa conversation pauvre, par ses réponses évasives, par ses souvenirs imprécis ; elle est extrêmement négligée. Son histoire a commencé par une défloration à 16 ans par un jeune aviateur ; au bout de quelque temps, il la laisse. C'est depuis ce moment là qu'elle est instable, qu'elle présente des troubles du comportement et une fabulation. Pendant ses 4 premiers séjours, on ne remarque rien d'autre que son comportement sexuel libertaire, sa débilité légère et ses quelques troubles du caractère. Elle est très enfantine, elle est mal soignée, se néglige ; chez elle, elle fait le ménage mais extrêmement mal. Son comportement sexuel est marqué par le même puérilisme ; ses relations se caractérisent par leur extrême rapidité, "relation-minute" dit le médecin-chef.

Lors de son 4e séjour, on apprend qu'elle s'est mise à boire, comme son père, qu'elle a tout cassé chez elle, qu'elle est enceinte. On l'apprend à son père le plus tard possible, mais le jour où il l'apprend, il se contente de dire : "c'est arrivé à d'autres avant elle." Finalement, elle accouche au cours de son 5ème séjour d'un enfant prématuré de deux mois. Elle sort quelque temps après : elle a trouvé une place comme employée dans une charcuterie. Mais elle revient 2 jours après sa sortie ; la place ne lui convient pas, elle ne pouvait pas faire ce qu'on lui demandait. On la met alors dans un pavillon fermé. Un algérien qui croit être le père de l'enfant demande à l'épouser. Elle refuse.

Depuis son dernier séjour qui date de Juillet 1961, elle est passive : elle reste sur un fauteuil ou dans la salle, elle se promène avec du saucisson dans ses poches, elle est négligée, elle est sale. On note cependant qu'elle est sortie de sa passivité en 2 circonstances : d'abord, quand elle s'occupe de son enfant et l'on voit là le rôle de la prise en charge affective de quelqu'un d'autre. En outre, on remarque que son comportement de passivité disparaît lorsqu'on la voit, par exemple, au bureau ou surtout, lorsqu'elle va au cours de cuisine ; à ce moment-là, elle devient tout-à-fait différente : elle a de l'initiative, elle est propre, son travail est consciencieux. Il semble que l'on puisse expliquer ce changement de comportement par le fait qu'au cours de cuisine, les malades sont réunies par petits groupes de 6 à 8, ce qui permet d'échapper à l'anonymat de l'asile.

2) LE MALADE QUI PASSE INAPERCU : qui se fait oublier - peu agressif - capable d'une certaine activité -

Observation n°3 - Melle. LO..., née le 17 Mai 1887.

Melle.LO... est entrée pour la première fois à l'Hôpital le 25 Août 1949 à l'âge de 53 ans. Le diagnostic porté est celui de débilité avec désadaptation sociale et apragmatisme. Son observation est caractéristique, aussi en citerons nous de larges extraits. On ne sait pas grand'chose sur sa famille. On sait qu'elle a une soeur et des neveux, c'est d'ailleurs l'un de ces derniers qui l'a amenée à l'Hôpital. Après être restée quelque temps en service libre, elle fut internée le 4 Novembre 1949. On ne trouve rien sur son observation entre 1949 et 1955 - en 1956, une petite note : "débile stéréotypée à l'intérieur de l'Hôpital, s'occupe à des travaux ménagers. Pas de délire, brusquerie de la parole, - une soeur, mais avec qui elle semble ne plus avoir de relations - pas de traitement." Rien avant le 4 Juillet 1959 : "s'occupe au ménage - pas de traitement - on sent une agressivité latente". Le 9 Décembre 1959, sur le cahier de rapport : "Melle.LO... est une malade qui ne demande qu'à se faire oublier, elle est le genre "bonne malade" de l'asile - depuis des années elle fait la vaisselle, balaye la salle-à-manger et, passée cette occupation, elle s'asseoit tous les jours à la même place sur sa chaise et ne peut pas faire autre chose, elle ne sait pas faire. Depuis quelques jours, elle fabrique de petites boîtes pour l'ergothérapie, mais toujours dans son coin, sa chaise. Ce matin elle pense qu'elle sera mieux à son aise en travaillant à la table, comme tout le monde et brusquement elle abandonne ce qui était son bien." Quelques jours plus tard, le Docteur B... notait sur l'observation : "revue au cabinet médical, parce qu'on s'aperçoit que c'est une de nos malades les plus abandonnées du Médecin. Le diagnostic déjà est très discutable ; on parle de débilité, mais en fait, elle est très suspecte de schizophrénie à bas bruit : la brusquerie du langage (parfois à ton éclatant, qui parfois échappe et devient flou), la tenue vestimentaire, tout cela évoque bien la schizophrénie d'évolution très ancienne - peut-être une schizophrénie apparue dans la jeunesse, qui s'est stabilisée (au point de permettre un travail simple de culture), puis qui a pris un caractère évolutif en 1949. Depuis, l'évolution se serait à nouveau stabilisée mais Melle LO... ayant retrouvé un certain équilibre dans l'Hôpital avec des tâches routinières, nous l'avons nous-mêmes oubliée - mais ce nouvel équilibre n'a-t-il pas aussi sa valeur ? Faut-il y toucher Qu'en dit sa famille ? La soeur semble n'être jamais venue, son neveu seulement de loin en loin".

Le 29 Septembre 1961, le Docteur P... notait : "s'occupe de la petite Christine (petite fille de 8 ans, entrée depuis peu dans le service), sort elle-même de sa passivité. Il s'agit d'une malade qui est passée totalement inaperçue pendant 2 ans. Et puis voilà que depuis 15 jours, reprise des contacts sociaux avec les autres malades. Elle défend la petite Christine attaquée par les autres malades - mais apparition de jalousie vis-à-vis de la famille de la petite fille, vis-à-vis du père qui vient tous les dimanches avec un gros paquet de gâteaux (alors qu'elle ne peut lui offrir qu'un peu de chocolat).

Depuis, plus rien n'est noté. Elle est oubliée à nouveau.

Observation n°4 - Melle.GO... née le 25 Février 1910 -

Melle.GO... est entrée à 25 ans à l'Hôpital Psychiatrique, en 1935. Elle y est toujours. Elle était entrée pour agitation, refus d'alimentation, miction nocturne, idées de persécution non systématisées, état délirant polymorphe. Assez vite elle fut considérée comme schizophrène. Dans ses antécédents, on note que son père est mort à la guerre de 1914. Elle avait alors 4 ans. Elle fut élevée par sa mère et il n'y a rien à signaler dans son enfance. En 1933, sa mère l'avait aidée à acheter un poste d'essence, mais elle a fait de mauvaises affaires et a dû vendre à perte. Peu de temps après, elle est entrée à l'asile. Les éléments délirants notés à l'entrée ont toujours subsisté ; en particulier, Melle GO... présente une schizophasie avec négation systématique de sa propre identité : "Rose GO..." dit-elle, "cette jeune fille qui a été enfermée pour folle". Elle se fait appeler Madame CHOSSON. Dans son délire, elle a parlé une fois d'un Henri CHOSSON qui, lui, n'était pour rien dans ses mauvaises affaires. C'est la seule explication qu'on ait de son désir de se faire appeler Madame CHOSSON. Elle ne répond que si on l'appelle par ce nom et ceci dure encore. Depuis 1954 environ, elle travaille à l'ergothérapie et au ménage. On peut avoir avec elle une conversation banale normale ; par contre, dès que l'on aborde des sujets qui lui sont personnels, elle devient immédiatement schizophasique. Depuis 1954 et jusqu'à 1958, tous les ans on voit noter sur l'observation "ne lui ferait-on pas du LARGACTIL ?" - Finalement, le Largactil n'a été fait qu'à partir de 1958 et malgré une dose de 300 mg.quotidienne de Largactil pendant 18 mois, il n'y eut aucun changement. Sa négation d'identité persiste : "je suis un pantin débridé - Rose GO... était bête et syphilitique - elle faisait vitrine - Rose GO... : le dossier délaissé". Mais par contre, elle s'occupe à l'ergothérapie, c'est elle qui fait les fauteuils en rotin et elle est devenue indispensable : "du moment qu'il faut le faire, je le fais - je n'ai jamais été payée- "faire du rotin, c'est aller plus loin que vers la Rose GO..." Le dimanche elle va à la télévision, elle ne sort jamais, elle n'a pas de visites. Oubliée, elle se fait oublier. Elle n'a aucun contact avec l'extérieur. Quand on lui propose de la mettre en auto-placement, elle refuse ; elle ne veut pas sortir : "j'ai peur des tramways" - "il n'y en a plus" - "j'ai peur du mouvement". Les infirmières signalent que chaque fois qu'il faut la faire voir au Médecin, c'est un drame.

3) LE BON MALADE : parfaitement adapté à la vie asilaire, actif et soumis, incapable de s'adapter à la vie extérieure.

Observation n°5 - Melle. BE...

Melle.BE... est entrée à l'Hôpital du Vinatier pour schizophrénie en 1928, à l'âge de 22 ans. Le certificat d'internement signalait : "présente l'état mental déficitaire symptômatique de la démence précoce : indifférence et insouciance maladives, anesthésie morale et affective, accès de négativisme, quelquefois impulsions sans but et sans raison. A présenté il y a 2 mois des idées de persécution avec hallucinations sensorielles, de l'ouïe en particulier, et des interprétations fausses. Ne semble plus s'en préoccuper actuellement."

On apprend que sa mère morte en 1925, mais que son père était encore vivant. Elle vivait avec lui, elle faisait le ménage, lui faisait les repas ; en outre, elle

avait travaillé en Usine. Dans l'enfance, on avait relevé des bizarreries. Mais depuis 6 mois elle ne faisait plus rien à la maison. Il semble que le début de sa maladie ait coïncidé avec les difficultés conjugales de sa soeur mariée. Elles s'entendaient en effet très bien, l'une et l'autre, elles se racontaient tout. Or sa soeur fut abandonnée en 1927 par son mari ; c'est à peu près à cette époque que Melle.BE... est tombée malade. Il semble qu'il y ait là une relation de cause à effet ou en tout cas, une cause déclenchante.

Assez vite, Melle.BE... s'est améliorée, mais on notait déjà en 1929 : "calme, indifférente à ce qui se passe dehors, ne demande pas des nouvelles des absents, contente seulement de recevoir ceux qui viennent la voir - ne travaille pas, dit qu'elle aime mieux se reposer, qu'elle est assez riche". Il n'y a rien de noté sur l'observation entre 1929 et 1940. En 1940 et en 1943, on note la lenteur de son idéation et ses occupations automatiques. En 1945, le Dr.B... note : "malade calme, se tient bien - a une certaine activité pragmatique (s'occupe du ménage). Elle est cependant profondément catatonique... L'absence d'élan est frappante : la conversation retombe, revient à son point de départ. Il semble que sa pensée n'avance que sous une série d'impulsions extérieures ; cette impulsion cessant, la pensée est aussitôt freinée. L'inertie, au sens mécanique du mot est profonde. Elle a, en outre, de petits signes de la série parkinsonnienne ; une roue dentée." En 1946, on notait : "pourrait sortir sous certaines conditions" . Or, cette malade n'est sortie qu'en 1955 et pendant un temps très bref ; il a donc fallu 9 ans pour arriver à la faire sortir. Pendant ces 9 ans, elle s'est occupée dans le service et allait travailler chez un des médecins. En 1949, on note qu'au cours d'une sortie chez une infirmière, elle semblait avoir eu un comportement un peu différent et plus stéréotypé qu'à l'intérieur de l'Hôpital. Quelque temps plus tard, on apprenait par une lettre de sa soeur que dans son enfance elle avait eu un mauvais développement intellectuel. En outre : "elle avait des frayeurs, seule notre mère pouvait s'en occuper, dès qu'une autre personne entrait dans la pièce où elle se trouvait, elle poussait des cris... Plus tard, elle n'avait aucune initiative ; elle était affectueuse, mais très enfant". Elle est sortie à 2 reprises, une fois en 1955, une fois en 1958, mais elle a dû être ramenée peu de temps après la sortie à l'Hôpital Psychiatrique.

En somme, on note chez cette malade qui est parfaitement bien adaptée à la vie asilaire, qui travaille toujours chez le Médecin, une dépendance extrême datant de son enfance ; pendant sa petite enfance, elle était très attachée à sa mère et ne pouvait supporter qu'elle ; par la suite, elle resta seule avec son père et enfin, elle fut internée. Elle n'a jamais vécu seule, elle n'a jamais dirigé sa vie.

Observation n°6 - Melle.SU...

Melle SU... avait 38 ans lorsqu'elle fut amenée pour la première fois à l'Hôpital Psychiatrique par son assistante sociale. Originaire de la Charente, elle vivait à Lyon depuis plusieurs années avec une de ses soeurs, mariée ; elles s'étaient séparées 2 ou 3 ans avant l'hospitalisation. En effet, elle supportait très mal le mari de sa soeur avec qui elle se disputait souvent. Depuis la séparation, elle vivait à l'Armée du Salut ; elle travaillait chez Rasurel depuis plusieurs années où elle était ouvrière qualifiée. Elle fut hospitalisée parce que les

ouvrières avaient peur d'elle. Son père était mort en 1943, date de l'année du mariage de sa soeur. La mère, elle, est morte en 1945.

Son premier séjour fut assez bref : 2 mois plus tard elle allait mieux et sortait de l'Hôpital. Elle reprit alors son travail chez Rasurel et elle couchait dans une pension "A la maison de la Femme". Mais elle ne put continuer le même travail d'où on la renvoya ; elle fit alors plusieurs places mais peu à peu elle constitua un délire de persécution et devint apragmatique. A la veille de trouver enfin une place, elle rechuta. Elle était alors tout-à-fait isolée. Elle fut alors hospitalisée une deuxième fois en Juillet 1952. D'Octobre à Décembre 1952, on put la faire travailler au dehors. Elle rentrait tous les soirs à l'Hôpital. Cette solution lui convenait parfaitement bien. Elle lui assurait la sécurité et la dépendance nécessaires ; malheureusement cette situation était administrativement irrégulière et fut interrompue. Elle n'est jamais ressortie depuis ; d'ailleurs, elle ne veut pas sortir ; "elle élude les solutions" - parfois on assiste à des bouffées d'excitation avec un syndrome hallucinatoire qui est, chaque fois, rapidement jugulé par le LARGACTIL. Depuis 1954, elle travaille régulièrement chez l'Econome de l'Hôpital. En 1958, on notait sa rigidité et : "en cas de contrariété venant d'autrui, elle a un comportement agressif." Ses poches sont remplies de portefeuilles bourrés de papier, ses objets sont intouchables. Elle demande sa sortie mais toujours d'une manière abstraite et sans proposer de solution". En 1958, on reprit contact avec sa soeur qui la sortit quelque fois en permission. On fit alors un projet de sortie ; ce projet n'aboutit pas avant la fin de 1959 ; elle sortit alors quelque temps en sortie d'essai chez sa soeur ; mais au bout de 8 jours on nous la ramena. Par la suite, toutes les tentatives de sortie furent éludées car en fait, la malade ne tenait pas à sortir : elle ne cherchait pas de travail et disait ne pas voir assez clair pour lire les annonces des bureaux de placement.

Le 22 Novembre 1961, l'interne du service notait : "aucune note depuis 2 ans, une amélioration en 1958-1959, espoir de sortie mais elle ne franchit pas la porte - déception - oubli. On en reparle aujourd'hui pour une histoire de lunettes. Que devient-elle depuis 2 ans ? C'est la bonne malade, passive. Travaille d'arrache-pied de 7 Heures à 22 Heures. En effet, Melle SU... travaille actuellement à 4 endroits différents : elle refuse de s'arrêter. Mais actuellement, plus personne ne parle de la faire sortir. "

4) LE BOUDEUR

Observation n° 7 -Melle CO...

Melle.CO...nous fut envoyée de la Prison après expertise concluant à une schizophrénie avec thèmes délirant s multiples. Cela se passait en 1951. Elle avait 27 ans.

On ne sait pas ce qu'est devenu son père. Il lui reste sa mère et une soeur La famille est profondément désagrégée, la mère est "effondrée physiquement" . Ils sont très pauvres. A 23 ans, Melle.CO... eut un enfant d'un américain ; l'américain a disparu. Elle a gardé l'enfant. A 24 ans, elle quitte la maison. La mère et la

soeur paraissent toutes deux très autoritaires, très dominantes.

Lors de son premier séjour on lui fit une cure de Sakel qui sembla l'améliorer. Après ce Sakel, on pensa alors à la faire sortir mais quelques jours avant sa sortie, elle fit un épisode infectieux qui fit repousser cette sortie à une date ultérieure ; finalement elle sortit cependant un mois plus tard, emmenée par sa mère Elle revint 7 mois plus tard : "depuis fin 1953, elle a vécu chez sa mère ou sa soeur; n'a pas repris de travail ; c'est donc à la lassitude de la famille, que cause ce poids mort, qu'est dûe cette nouvelle hospitalisation. Aujourd'hui, elle est assez synthone, elle raconte ses difficultés familiales : sa mère a un ami qu'elle redoute et qu'elle hait - ses difficultés personnelles (insomnie, céphalées, point de côté). Elle a un aspect souffreteux, apeuré, son langage est puéril - ses cheveux sont trop longs et négligés." Quelque temps plus tard: "ne s'occupe pas, se néglige, en situation d'opprimée" - plus loin encore "depuis quelques jours, comportement inerte et boudeur, elle se tient près de son lit ou au fond de la cour, dans le hall, droite comme un i , les cheveux en rideau sur sa figure - refuse de manger, surtout si on insiste pour qu'elle le fasse (mais liquide rapidement le contenu de son assiette si on dessert la table sans s'inquiéter de savoir si elle a mangé) - Elle refuse les médicaments qu'elle m'a demandés le matin même." Trois mois plus tard : "le comportement d'isolement agressif est à son maximum. Se tient derrière la porte d'entrée du pavillon, parfois assise par terre, tout essai pour l'entraîner aboutit à une augmentation du refus." On la mit alors à l'infirmerie. Un mois plus tard : "ne reste pas au lit, va se mettre à nouveau derrière la porte" - Deux mois plus tard : "couchée". Elle eut, à cette époque, de nombreux traitements : DIPARCOL - PHENERGAN - ELECTROCHOCS - le tout, sans résultats. En Octobre 1953, début d'amélioration, en Décembre, rechute : "inerte , constamment trouvée derrière les portes, les yeux cachés par les cheveux . Cependant conversation possible, répond bien aux questions posées. Toujours en situation d'opprimée. " Elle reçut de nouveau du LARGACTIL puis des ELECTROCHOCS. Elle est toujours améliorée par chaque électrochoc, par chaque traitement mais rechute immédiatement après. Enfin, en 1954, on note pour la première fois, "son amélioration se maintient - la malade est détendue, se rend très volontiers à son travail et a conscience de son meilleur état nerveux." Elle commence alors à travailler à l'intérieur de l'Hôpital dans le service de chirurgie. En 1954, puis en 1955, on essaya à plusieurs reprises de lui trouver une place à l'extérieur mais chaque fois, le projet échoua ; finalement, le 30 Mars 1955, elle sortit. Sa mère et sa soeur sont venues la chercher pour l'emmener chez des religieuses. 8 mois plus tard, elle revint pour un troisième séjour ; elle venait une seconde fois de la prison (pour vagabondage). Elle était déprimée et réticente. Assez vite, elle s'améliora et reprit son travail à l'ergothérapie puis au service de chirurgie. Son comportement d'opposition ne se renouvela pas. On notait d'elle : "travailleuse, sans grande initiative" - En 1958 : "parait toujours aussi bien mais n'est pas sûre d'elle. Elle semble avoir oublié certaines périodes de sa vie (elle ne se rappelle pas avoir été deux fois en prison). De 1956 à 1959, ce fut un séjour sans histoires. Le 10 Septembre 1959, elle sortit une troisième fois pour travailler comme employée de maison et avec le projet de coucher chez sa mère. Mais elle revint bientôt, 9 mois plus tard "cachectique et harrassée". Troubles du cours de la pensée ; autisme pauvre ; profondément schizophrène. Sa mère nous apprit qu'elle avait travaillé quelques semaines puis s'était arrêtée. Elle ne prenait plus de médicaments, parfois elle l'insultait et la frappait ou restait bloquée sur une chaise. Elle sortait la nuit." De nouveau,elle s'améliora rapidement dans le service . Actuellement, la mère apparaît de plus en plus comme réjectrice ; par contre, la fille, elle, apparaît de plus en plus comme passive. Elle ne prend pas sa maladie en charge, elle ne prend pas ses médicaments.

Quand elle est dehors, elle refuse de revenir à l'Hôpital, et quand elle est à l'Hôpital, elle ne demande pas sa sortie.

Actuellement, elle s'occupe régulièrement mais elle ne supporte pas qu'une personne étrangère lui fasse une observation ; elle fait un détour quand elle voit quelqu'un qu'elle ne connait pas.

Observation n°8 - Melle. BO ...

Melle.BO... est une religieuse entrée dans le service en 1957, à l'âge de 30 ans, pour un syndrome catatonique. Elle était la 3ème enfant d'une fratrie de 7. Ses parents étaient des paysans très pauvres ; elle pense que son père était neurasthénique. Dès la fin de sa scolarité (elle n'obtint pas le certificat d'études primaires), elle aida à la ferme de ses parents. A 20 ans, elle entra au Couvent, mais dès l'âge de 26 ans, elle présenta des troubles mentaux et elle fut hospitalisée en clinique presque sans interruption depuis le 1er.Janvier 1954 jusqu'au 13 Septembre 1957. Elle eut à ce moment-là de nombreux traitements (ELECTROCHOCS - CURE DE SAKEL-LARGACTIL). Sa soeur la décrit comme aigrie et butée. Dans le service, elle alterne sans cesse des comportements de soumission, d'humilité et d'agressivité. "On me martyrise", dit-elle ."Elle parle sur le ton d'un enfant malheureux, entre la boudorie et le caprice". "S'agite et crie lorsqu'on fait des piqûres à ses compagnes". "Demande si ses piqûres ne seront pas bientôt finies, car, dit-elle, on en profite pour prendre sa peau et ses os pour en faire des chaussures." Le 23 Septembre 1958, on notait : "détache des malades maintenues, détruit les moyens de contention. La lutte pour la Liberté". - Parallèlement, toujours le même comportement de soumission et l'activisme ménager. Sur le cahier de rapport, on note le 18 Novembre 1958 : "travaille mais on dirait qu'elle cherche toujours à s'humilier" - "Je crois que personne ne m'aime" - Plus loin, le 15 Décembre 1958 : "à la fois humble et agressive" - Le 16 Février 1959 : "tendance à détruire ce à quoi les autres tiennent" - Le 19 Février 1959, le Docteur B... notait : "elle ne peut pas faire ses devoirs religieux, or il y a ici, chapelle, aumônier ; elle se plaint de contrainte, mais elle n'use pas de la liberté ; elle demande à retourner chez elle, puis dit : là ou ailleurs, il faudra toujours travailler." Le 3 Septembre 1959 : "se roule en boule sous ses couvertures : j'ai peur de tout le monde, j'aime mieux rester seule, je voudrais être petite et être avec ma maman". - Le 2 Novembre 1959 : "fait échouer un projet de sortie - au repas refuse le dessert : échec, masochisme, autopunition. En Novembre 1959, ses parents refusent de la reprendre. Le 12 Janvier 1960 elle sort pour retourner dans sa Communauté religieuse - 9 mois plus tard, elle fut ramenée par les religieuses à son Couvent.Elle faisait le ménage et la culture mais à la fois elle était terrorisée par ses compagnes et elle les terrorisait. Elle se sent en situation d'infériorité et elle réagit par la colère.

Actuellement dans le service elle est calme, elle n'a plus de réactions d'agressivité, sauf lorsqu'elle a des visites des religieuses.

Quand elle est dehors, elle refuse de revenir à l'Hôpital, et quand elle est à l'Hôpital, elle ne demande pas sa sortie.

Actuellement, elle s'occupe régulièrement mais elle ne supporte pas qu'une personne étrangère lui fasse une observation ; elle fait un détour quand elle voit quelqu'un qu'elle ne connait pas.

Observation n°8 - Melle. BO ...

Melle.BO... est une religieuse entrée dans le service en 1957, à l'âge de 30 ans, pour un syndrome catatonique. Elle était la 3ème enfant d'une frâtrie de 7. Ses parents étaient des paysans très pauvres ; elle pense que son père était neurasthénique. Dès la fin de sa scolarité (elle n'obtint pas le certificat d'études primaires), elle aida à la ferme de ses parents. A 20 ans, elle entra au Couvent, mais dès l'âge de 26 ans, elle présenta des troubles mentaux et elle fut hospitalisée en clinique presque sans interruption depuis le 1er.Janvier 1954 jusqu'au 13 Septembre 1957. Elle eut à ce moment-là de nombreux traitements (ELECTROCHOCS - CURE DE SAKEL - LARGACTIL). Sa soeur la décrit comme aigrie et butée. Dans le service, elle alterne sans cesse des comportements de soumission, d'humilité et d'agressivité. "On me martyrise", dit-elle ."Elle parle sur le ton d'un enfant malheureux, entre la boudorie et le caprice". "S'agite et crie lorsqu'on fait des piqûres à ses compagnes". "Demande si ses piqûres ne seront pas bientôt finies, car, dit-elle, on en profite pour prendre sa peau et ses os pour en faire des chaussures." Le 23 Septembre 1958, on notait : "détache des malades maintenues, détruit les moyens de contention. La lutte pour la Liberté". - Parallèlement, toujours le même comportement de soumission et l'activisme ménager. Sur le cahier de rapport, on note le 18 Novembre 1958 : "travaille mais on dirait qu'elle cherche toujours à s'humilier" - "Je crois que personne ne m'aime" - Plus loin, le 15 Décembre 1958 : "à la fois humble et agressive" - Le 16 Février 1959 : "tendance à détruire ce à quoi les autres tiennent" - Le 19 Février 1959, le Docteur B... notait : "elle ne peut pas faire ses devoirs religieux, or il y a ici, chapelle, aumônier ; elle se plaint de contrainte, mais elle n'use pas de la liberté ; elle demande à retourner chez elle, puis dit : là ou ailleurs, il faudra toujours travailler." Le 3 Septembre 1959 : "se roule en boule sous ses couvertures : j'ai peur de tout le monde, j'aime mieux rester seule, je voudrais être petite et être avec ma maman". - Le 2 Novembre 1959 : "fait échouer un projet de sortie - au repas refuse le dessert : échec, masochisme, autopunition. En Novembre 1959, ses parents refusent de la reprendre. Le 12 Janvier 1960 elle sort pour retourner dans sa Communauté religieuse - 9 mois plus tard, elle fut ramenée par les religieuses à son Couvent.Elle faisait le ménage et la culture mais à la fois elle était terrorisée par ses compagnes et elle les terrorisait. Elle se sent en situation d'infériorité et elle réagit par la colère.

Actuellement dans le service elle est calme, elle n'a plus de réactions d'agressivité, sauf lorsqu'elle a des visites des religieuses.

III - DISCUSSION NOSOGRAPHIQUE

Sur le plan nosographique, nous distinguerons nettement les formes aiguës et les formes chroniques.

1) Les formes aiguës de passivité ne sont pas exceptionnelles. Elles se voient au cours des grands syndromes psychiatriques. Il n'est pas douteux qu'il existe une forme monstrueuse de la passivité dans la stupeur confusionnelle, dans la mélancolie ou dans la catatonie. Mais elle n'est alors qu'un élément parmi d'autres du tableau clinique, et ce n'est pas le plus important. Ce n'est pas la passivité qui nous préoccupe dans de tels cas ; elle passe au second plan. Elle fait souvent d'ailleurs partie intégrante du syndrome psychiatrique, et elle disparaît en même temps que celui-ci. Il nous arrivera d'évoquer cette passivité psychotique aiguë, mais nous ne lui consacrerons pas notre étude, réservant nos efforts pour la passivité chronique isolée. C'est, en effet, lorsqu'elle constitue l'essentiel du tableau clinique qu'elle nous pose réellement un problème. Il est cependant trois cas particuliers que nous voudrions signaler :

- D'abord les cas de passivité par imprégnation neuroleptique. Il s'agit là d'une passivité essentiellement neuro-musculaire et non psychique. Nous l'étudierons plus en détail dans le chapitre consacré aux neuroleptiques.

- Ensuite le cas des démences séniles : la passivité du vieillard s'apparente à celle de l'enfant, par la dépendance qu'elle suppose. Mais nous verrons plus loin qu'elle n'en a pas le caractère dynamique et qu'elle est un mode de démission.

- Enfin, la possibilité de psychoses se traduisant surtout par une passivité qui peut durer plusieurs mois ou plusieurs années, nous avons connu quelques cas de ce genre dont le diagnostic était souvent difficile. La maladie semblait entrer dans une phase chronique que nous pensions définitive. Or nous avons eu la surprise de voir finalement ces malades guérir et se débarrasser de tout symptôme de passivité.

Nous proposerons pour ces trois cas particuliers, le terme de passivité transitoire. Le troisième cas constitue, en quelque sorte, le passage entre la forme aiguë et la forme chronique.

2) Les formes chroniques : nous paraissent de beaucoup les plus intéressantes.

L'on pouvait penser que la passivité réalisait une sorte de guérison des psychoses aux prix d'un déficit, d'un amoindrissement de la personnalité. Or nous allons voir qu'elle peut exister dans les névroses et en constituer même parfois, le maître symptôme.

a) La passivité névrotique peut comporter tous les éléments décrits au chapître de sémiologie, mais l'inactivité et l'indifférence sont rarement poussées à leur maximum.

Nous donnerons d'abord un exemple de passivité au cours d'une névrose d'angoisse.

Observation n°9 - Mr.MA ...

Mr.MA... est né en Algérie en 1935 de parents européens. Son père était militaire de carrière. Le père a été prisonnier 5 ans. L'enfant a passé son certificat d'études, a fait un apprentissage d'ébénisterie, puis son service militaire et est entré comme employé civil dans l'armée ; il y est toujours. Les premiers troubles ont commencé à 17 ans à la suite d'une grippe intestinale. Il a présenté alors ses premières angoisses (strictions thoraciques, gêne respiratoire). Ses angoisses persistant toujours, il s'est fait hospitaliser. Quand il était en Algérie, il a vu un psychanalyste qui l'a soigné pendant plusieurs mois ; il a alors retrouvé un souvenir d'enfance : il voyait sa mère qu'on emmenait sur un brancard et qu'il croyait morte. Il s'agissait, en fait, d'une grossesse extra-utérine que sa mère avait eue au retour de son père, après sa captivité. Après avoir retrouvé ce souvenir, Mr.MA... s'est senti amélioré. Malheureusement, l'amélioration ne s'est pas maintenue. De retour d'Algérie depuis le début de 1961, il rechuta et fut hospitalisé en Service Libre au Vinatier car il ne pouvait plus travailler.

A l'entrée dans le Service, il s'agit d'un jeune homme aimable, souriant, qui ne se plaint que de ses angoisses à type de striction thoracique. Sa socialisation est bonne, son aspect extérieur également. On entreprend des narcoses. Pendant les premières narcoses il nous parle de ce souvenir où il voyait sa mère emmenée sur un brancard et qu'il croyait morte ; mais on ne progresse pas beaucoup. On apprend cependant, qu'il est très attaché à sa mère et opposé à son père. Il semble également en conflit avec un frère aîné qui est brouillé avec les parents ; il lui reproche beaucoup cette brouille (en fait il semble que cette brouille soit dûe à la dominance de la mère qui tolérait mal le mariage du fils). Dès les premières narcoses les sensations de strictions thoraciques avaient disparu, mais subsistait une passivité importante et essentiellement, un sentiment de dépendance à l'égard de ses parents. Il nous apprit d'abord, qu'il avait eu une déception sentimentale à l'âge de 18 ans ; il avait alors été "lâché" par une fille . Par la suite, il eut 2 autres aventures qui se soldèrent également par un échec ; ulcéré par cet échec, il "change de tactique" ; il flirt abondamment et change de flirt très rapidement ; il se sent vengé, il parle

de l'amour en termes de lutte ; "tactique, adversaire" : "les femmes, il faut être ferme, il faut les dominer, il ne faut par leur laisser porter les culottes". Il n'a pas tellement conscience de son agressivité et cherche à en faire peser la responsabilité sur les gens qui l'ont déçu ; puis, il parle de son "complexe" : sa taille, quand il était jeune on le traitait de demi-portion d'où son désir de faire du sport, de devenir un athlète, "pas seulement pour se faire admirer". Il prit peu à peu conscience ainsi, de son sentiment d'infériorité et de son désir de revanche. On en arriva enfin à pouvoir analyser son sentiment de dépendance vis-à-vis de sa mère. Il semble qu'elle soit en relation avec un certain nombre de situations d'abandon de son enfance : le départ de son père à la guerre, l'état de sa mère pendant l'absence du père : elle était à ce moment très souvent anxieuse, elle criait, elle pleurait, d'où pour l'enfant la naissance d'un sentiment d'insécurité. Par la suite, il s'est attaché à sa mère d'une façon extrême, il couchait dans son lit ; sa mère elle-même semble avoir formé avec son fils, une forme "névrotique" c'est ainsi qu'elle lui a demandé un jour de choisir entre elle et un petit chat qu'il aimait, le menaçant, s'il n'abandonnait pas ce chat, de quitter la maison. A 6 ans, nouvel abandon au moment de la fréquentation scolaire, il avait l'impression qu'il ne reverrait jamais sa mère. Au moment du retour du père de la guerre, 5 ans après, nouvelle frustration : le père prenait sa place dans le lit de sa mère. Quand il disait bonsoir, le soir, à ses parents avant de se coucher, il avait un sentiment de malaise ; le souvenir qu'il évoque toujours de sa mère qu'on emmenait sur un brancard et qu'il avait cru morte apparait comme l'abandon maximum, celui qui concrétisait tous les autres.

Finalement, le malade prit conscience de ces mécanismes de défense vis-à-vis de la crainte de l'abandon possible et de son attachement excessif à sa mère et peu à peu accepta l'idée de sortir. Il sortit après 2 mois d'hospitalisation, le 4 Juin 1961 - depuis, nous l'avons revu en consultation. Il a repris son travail, il semble avoir avec ses parents un comportement beaucoup moins dépendant. Il va bien.

Il peut y avoir également un syndrome de passivité au cours d'une neurasthénie : rappelons le cas de Mr.ME... (obs.n°1). L'asthénie prend souvent ici l'apparence de la passivité.

Les formes passives de la névrose post-traumatique sont à rattacher par quelque côté à la neurasthénie. Elles sont particulièrement riches en agressivité souvent bien recouverte, et surcompensée comme dans le cas suivant :

Observation n°10 - Mr.GA..., âgé de 40 ans, Névrose post-traumatique.

Mr.GA... a eu une enfance particulièrement difficile. Il ne fut pas élevé du tout par ses parents. Le père était artiste-sculpteur. Il faisait des monuments aux morts et pour cela se rendait dans différentes villes. Il a été élevé par sa grand'mère dès l'âge de 3 mois. Il vivait avec ses grands-parents et deux tantes mariées qui vivaient chez leurs parents. Il n'a jamais vu sa mère qui est morte

lorsqu'il avait 9 ans, dans un accident de voiture(c'est elle qui conduisait) ; le père a été grièvement blessé dans cet accident et il est mort deux ans plus tard dans un hôpital, semble-t-il. Mr.GA... n'a vu son père qu'une seule fois alors qu'il avait 6 ans. Il trace un tableau idyllique de son père et de sa mère qu'il connaissait pourtant si peu et il prétend les adorer ; par contre, il se sentait de trop chez sa grand'mère car ses tantes ne l'aimaient pas. Il s'est engagé à 18 ans,en 1939, pour la durée de la guerre et a passé 5 ans en Afrique. Il se marie à 25 ans. Il a une fille de 13 ans. Il travaillait comme fraiseur dans la chaussure à Romans. Tout allait bien jusqu'au 1er.Octobre 1960, date à laquelle il eut un accident : il circulait en bicyclette avec un camarade sur la route, lorsqu'il fut heurté par un automobiliste, le chauffeur était ivre et roulait à gauche - son camarade fut tué - Mr.GA... eut un trauma crânien avec coma pendant plusieurs jours sans fracture décelable, suivi d'un état confusionnel. Par la suite, il rentra chez lui et après une brève période d'amélioration, une aggravation se produisit : un syndrome subjectif des traumatisés crâniens apparut progressivement avec des vertiges, des céphalées. Parallèlement, s'installait un état d'indifférence, d'inintérêt pour ce qu'il aimait antérieurement, de nervosité, d'insomnie, de ralentissement et d'agoraphobie. Il fit alors un séjour en maison de repos, puis il fut expertisé et l'expert lui accorda une I.P.P. de 30 % pendant 2 ans et 12 % ensuite. Comme les troubles persistaient, il fut alors hospitalisé au pavillon de psychiatrie de l'Hôpital Général d'où on nous l'envoya assez rapidement.

A l'entrée, le malade avait un contact assez facile. Il racontait son histoire sans fioritures ni digressions. Il se plaignait de dégoût, d'être incapable de travailler, de troubles mnésiques. Il n'était pas tellement revendiquant mais s'attachait à de menus détails, très préoccupé de son état, avec des préoccupations hypochondriaques, protestait sans cesse de sa bonne foi. Devant l'absence d'amélioration au cours de son hospitalisation, on décida de faire quelques narcoses. C'est au cours de ces narcoses qu'on apprit la jeunesse assez difficile de ce malade . On fut frappé par la relative indifférence avec laquelle il racontait les évènements de son enfance qui auraient dû normalement,le traumatiser. Il semble bien qu'il s'agisse là de défense particulièrement efficace ; par ailleurs on notait un souci de revalorisation constant. Il commençait un grand nombre de phrases par cette formule : "je ne veux pas me vanter, mais ... je n'ai pas de vices, pas de gros défauts." Il parle souvent de son amour pour sa femme : "je l'aime comme au premier jour" - "ce n'est pas pour moi que je me fais du souci, c'est pour ma femme et ma fille". Une seule piste fut trouvée : il avait été jaloux de sa femme qui fréquentait une autre femme de mauvaise réputation ; mais la piste tourne court : sa femme a cessé ses fréquentations. Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'un état dépressif, ce malade présentait la conviction qu'il ne pourrait plus jamais retravailler comme avant. Il se pensait un homme perdu.

Au milieu du traitement, sa femme vint voir le Médecin et demanda à emmener son mari. Il se laissa faire et partit. On le revit plusieurs fois en consultation; il n'avait pas fait les démarches pour aller en maison de convalescence comme il l'avait dit au début,et paraissait totalement dépendant de sa femme. Ils ont décidé qu'il ne reprendrait pas son travail en usine ; elle le traite comme un enfant et prend soin de lui pour les moindres détails. Il semble bien, en fait, qu'elle le fixe dans son état de dépendance.

Enfin, il nous faut dire un mot de la passivité de l'alcoolique, qui mériterait, elle aussi, une étude plus approfondie. Les innombrables travaux sur la personnalité des buveurs ont bien mis en évidence leur suggestibilité, au moins chez les alcooliques "par entraînement". Le buveur cherche une solution facile à son angoisse (a-t-on mis assez en évidence le caractère anxiolytique de l'alcool ?). On connaît la fréquence des réactions anxieuses et des asthénies résiduelles après les cures de dégoût. Un autre élément plaidant en faveur de la passivité alcoolique, est le nombre élevé de mères ou de femmes d'alcooliques dominantes et castratrices. Les groupes d'anciens buveurs peuvent aider l'alcoolique passif en lui donnant un nouveau cadre, un nouveau milieu protecteur.

De même, l'on pourrait décrire un syndrome de passivité au cours de la psychasthénie, fait d'aboulie, d'irrésolution, d'inhibition intellectuelle, de timidité. JANET parlait de faiblesse de l'activité psychique. On peut même y rattacher les phobies et les obsessions qui sont une façon, pour le malade, de fuir le véritable contact et de le transporter sur un plan magique. Par ailleurs, elle peut devenir cliniquement évidente dans certaines névroses obsessionnelles graves où le malade tombe dans l'incurie et le marasme. Il ne nous est pas possible d'étudier ici le problème complexe de la passivité psychasthénique qui nécessiterait une étude particulière. On peut se demander d'ailleurs si cela est bien nécessaire , car là aussi, la passivité n'est qu'un symptôme parmi d'autres et la psychasthénie est suffisamment connue pour qu'une telle étude n'apporte rien de bien neuf.

Nous pensons que les passivités de la neurasthénie, de la névrose d'angoisse ou de l'alcoolisme chronique ont quelque chose de commun - elle est un mode de défense, un mode de réaction, habituels chez ces malades - elle s'impose à l'observateur. Chez le psychasthénique au contraire, elle est masquée derrière d'autres symptômes, et elle est moins habituelle ; c'est pourquoi nous l'éliminons du cadre de cette étude.

b) La passivité psychotique chronique peut prendre diverses formes :

- Elle peut être la forme de début d'une mélancolie ou plus souvent d'une schizophrénie. Nous avons vu ainsi plusieurs cas de schizophrénie se constituer à bas

bruit sous le masque d'une passivité, marquée par de la soumission, un isolement progressif qui peu à peu révélait son caractère autistique. Il importe de connaître ses formes, mais le diagnostic se fait par l'évolution.

- Plus intéressante est la passivité des psychoses vieillies. Nous avons vu qu'elle était constituée autrefois par le passage à la chronicité. Actuellement nous trouvons dans les services un grand nombre de malades autrefois délirants, schizophrènes, maniaques ou mélancoliques, qui aujourd'hui sont devenus des piliers d'asile, mais qui ne délirent plus ou ne s'agitent plus. Les symptômes de la maladie initiale se sont presque complètement effacés. On serait tenté de les faire sortir mais on s'aperçoit vite que c'est le plus souvent impossible. Outre que leur resocialisation est difficile, on se heurte à une opposition sourde du malade. Ils paraissent guéris pourtant... mais si le médecin (ou l'interne, car c'est le plus souvent à lui qu'un tel avatar arrive), s'acharne à les faire sortir, il ne tarde pas à les voir revenir avec tout leur cortège de symptômes.

En fait, leur passivité représente un mode de guérison de leur maladie mentale - elle leur permet une insertion satisfaisante dans la néo société asilaire. La dépendance qu'elle entraîne est pour eux sécurisante. Mais la sortie dans un milieu non protégé, entraîne la rechute.

Cette passivité n'est pas très différente de la passivité névrotique, et l'on peut dire qu'il y a névrotisation de la psychose.

Au terme de ce chapître clinique, nous ne sommes pas dupes de ce que cette classification a d'arbitraire. Nous pensons cependant que cette distinction entre passivité isolée et passivité mêlée à d'autres symptômes, est importante, car à vouloir étudier toutes les formes possibles de la passivité psychiatrique, nous serions entraînés à étudier la mélancolie, la catatonie, la psychasthénie et toute la psychiatrie ; nous serions vite noyés et guère plus avancés.

Au cours de ce travail, nous négligerons les formes aiguës de passivité et nous aurons surtout en vue la passivité névrotique et la passivité post-psychotique, qui sont des passivités durables, isolées et ayant une valeur significative importante.

C H A P I T R E III

SOCIOPATHOLOGIE DU MALADE PASSIF HOSPITALISE

INTRODUCTION

Il n'est plus permis de nos jours de faire de la psychiatrie comme on fait un herbier, et les thèses de séméiologie deviennent rares. Si nous avons néanmoins entrepris celle-ci, c'est en sachant bien que la passivité ne doit pas être considérée chez le malade seul, mais qu'elle doit être replacée dans son contexte de relations interpersonnelles.

On ne peut imaginer une passivité à l'état pur chez un malade isolé. Nul n'est une île, et toute passivité suppose un milieu où elle puisse s'exercer . Le milieu lui-même n'est pas neutre et il favorise ou empêche le développement de cett. passivité ; il y participe en quelque sorte. Une "forme" s'établit entre le malade et son entourage. Ce n'est pas par hasard si pendant des décades la passivité dans les Hôpitaux Psychiatriques a si peu posé de problèmes qu'elle en passait inaperçue; elle existait pourtant, mais on ne la voyait pas. Beaucoup de psychiatres pensent même qu'elle est un phénomène récent. La vérité est que maintenant elle nous gêne, alors qu'autrefois elle était bien accueillie, voire même recherchée. S'il en est ainsi c'est parce que le milieu psychiatrique s'est modifié.

GENERALITES SUR LA SOCIOPATHOLOGIE

Un travail de sociopathologie étudiant la relation entre le malade passif et son milieu eût été intéressant et nous regrettons amèrement de n'avoir pu le faire. Une telle étude a été faite par Racamier sur la sociopathologie des schizophrènes hospitalisés (parue dans l'Evolution Psychiatrique de 1957). Il s'inspirait lui-même essentiellement des travaux de Stanton et Schwartz, de l'équipe de Chesnut Lodge. En s'aidant de l'observation directe, des réunions d'équipe et d'un question-

naire simple, réduit à quelques questions, ils déterminent le "statut social" des malades. (On lui demande par exemple quel malade il choisirait s'il ne devait en rester qu'un avec lui,ou inversement quel autre il voudrait voir partir s'il devait y avoir un transfert). On réunit toutes les réponses en diagramme qui montre ainsi quels sont les groupes existant à l'intérieur d'un service. On peut également noter quels malades sont rejetés ou isolés). On peut ainsi parvenir à étudier le "statut social" d'un service. C'est par son "malade moyen" et son "malade le plus rejeté" que se définit le mieux un service. Ajoutons-y un autre élément de définition : "ce que l'on attend du malade". Nous n'avons pu faire les recherches qui auraient permis d'étudier avec certitude le "statut social" du passif. Nous serons amenés à ne donner que des impressions, des hypothèses de travail, qui demanderaient à être vérifiées.

A notre avis le mécanisme social de l'apparition de la passivité dans un service psychiatrique s'est modifié : il n'est pas le même dans l'asile et dans le nouvel Hôpital Psychiatrique.

LA PASSIVITE DANS L'ANCIEN ASILE

Autrefois le malade mental se trouvait rejeté par la société, mis hors les murs, exclu. Il était alors interné : à l'asile, le milieu était relativement plus tolérant en ceci qu'on lui reconnaissait le droit d'être fou. Mais on ne lui tolérait pas tout. Et sous prétexte de se défendre contre lui, ou de le défendre contre lui-même, l'asile était pour lui le signe de l'oppression : les murs et les grilles, les cellules, les judas, les camisoles, bricoles et courroies, les bains , n'avaient rien de thérapeutique. Le malade à qui la fuite était impossible n'avait alors le choix qu'entre deux attitudes : la révolte ou la résignation. La révolte se traduisait par l'agitation qui représentait un des problèmes majeurs de l'asile. La résignation, possible dès que la maladie s'améliorait, pas avant, conduisait à la passivité. Tout la favorisait : les structures asilaires créaient un monde morne et désertique : murs gris, mobilier terne et réduit au strict minimum, uniformes, absence de toute note gaie et vivante, activité réduite aux "corvées" de la vie collective, temps non mesurable faute d'horloge et sans points de repère (les dimanches et les jours de fête se distinguant à peine des jours de semaine). Les

malades tous semblables, inactifs, sans responsabilité, n'avaient que fort peu d'occasion de revalorisation sociale. "La psychose dépersonnalise et dépersonnifie" écrit Racanier + "l'asile, si l'on ose dire, en rajoute". H.Ey, dans l'Introduction de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale de Psychiatrie écrit sous le titre : "La séquestration du malade mental" : "Les lois..... ont cristallisé l'image du fou machine. Celui-ci pour être protégé contre lui-même, pour être rendu inoffensif pour les autres, est alors interné. C'est alors que naît toute une "architecture asilaire", dont le mur d'enceinte assure la fonction essentielle. Et dans le sein de cette forteresse,des bains pour les calmer, des cours grillagéss pour leur ménager une place au soleil, des cellules propres mais cadenassées pour les isoler, des camisoles de force pour leur éviter de se blesser ou de s'évader, une visite cordiale et quotidienne du médecin pour les encourager, un pécule pour les récompenser du travail (qu'ils doivent à l'établissement) quand ils sont sages, des gardiens robustes pour contenir leur triste fureur, des visites contrôlées dans leur intérêt, des dispositions réglementaires pour assurer l'administration de leurs biens qu'ils ne peuvent raisonnablement gérer, la sollicitude des magistrats,etc... toutes ces mesures de sécurité, ces prévenances, cette vigilance, et ces diligences administratives constituent le statut de l'internement."

On arrivait ainsi à une chosification du malade mental qui n'était plus considéré que comme un pion anonyme, que l'on pouvait changer de place sans lui demander son avis et sans s'occuper de savoir si l'on rompait ainsi des liens affectifs. Cette passivité s'étendait au médecin et aux infirmiers. Que pouvaient-ils faire sinon de contenir les agités, de préserver les mélancoliques du suicide, de garder les délirants ou les déments? Pourquoi auraient-ils été actifs contre une maladie dont on pensait qu'elle était inguérissable ? Tout au plus pouvait-on espérer une atténuation avec le temps, et il ne s'agissait plus que d'attendre passivement. De toutes façons l'intervention du thérapeute n'avait qu'une efficacité limitée.

Ainsi le malade mental agité, mal toléré par le milieu psychiatrique avec qui il formait une "forme instable" renonçait peu à peu à ses symptômes les plus bruyants. Il se résignait et se réfugiait dans la passivité. Il est important de remarquer que sa maladie mentale était tolérée tant qu'elle n'était pas bruyante. Il s'établissait ainsi une forme stable, un compromis, mais au prix de la chronicit

du malade. Le "malade moyen" était le malade chronique, qui conservait ses symptômes morbides mais relativement calme, et passif. On ne s'attendait pas à ce qu'il guérisse. On considérait comme normal qu'il fasse à l'Hôpital un séjour prolongé. Sa passivité coïncidait avec celle de son milieu. Ni l'un ni l'autre n'en avaient conscience et l'on peut dire, paraphrasant Racamier, que la passivité n'existe que partagée.

LA PASSIVITE DANS LE NOUVEL HOPITAL PSYCHIATRIQUE

De nos jours l'apparition de nouvelles techniques de l'électrochoc à la psychothérapie en passant par les chimiothérapies a transformé le pronostic de la maladie mentale. Elle a perdu son caractère d'incurabilité, de fatalité. On a vu des schizophrènes sortir de leur mutisme, dez délirants abandonner leur délire, des maniaques se calmer, des mélancoliques inverser leur humeur. Tout était bouleversé : les malades réputés comme inguérissables guérissaient. De ce fait le milieu soignant, sortant de sa passivité, a cherché avec enthousiasme à obtenir la guérison des malades mentaux. Le malade lui-même participait à cet enthousiasme : il se défendait moins d'être malade (puisque perdant son caractère de fatalité, la maladie mentale perdait du même coup son caractère de malédiction),et travaillait ainsi à sa guérison.

Pourtant le malade qui arrive à l'Hôpital Psychiatrique n'est pas tellement différent de celui d'autrefois. Comme lui, il est agité, ou confus, ou délirant, ou mélancolique. Pendant quelques jours on tolère sa maladie. Mais le milieu pèse lourdement sur lui par la thérapeutique : les perfusions, les piqûres, les potions ont pu à juste titre être qualifiées de camisole chimique. Même sans aller jusque là ils peuvent néanmoins apparaître comme moyen d'oppression (les malades les ressentent d'ailleurs bien ainsi et l'on sait combien il est difficile d'être certain de la prise des médicaments, et à quels procédés nous sommes souvent obligés d'avoir recours pour assurer une thérapeutique efficace). Même si le malade est parfaitement coopérant, il y a lutte entre le thérapeute et la maladie. Notre vocabulaire en témoigne : "un traitement d'attaque" - "les thérapeutiques de choc" - "il faut traiter les malades de force" etc... Cette activité se place à un très haut

niveau énergétique : médecins et infirmiers sont tendus vers un but, la guérison. Le malade lutte aussi, soit pour guérir, soit au contraire pour conserver sa maladie qui le protège d'une angoisse plus grande. Il y a là une situation de tension qui ne peut qu'être brève. C'est une forme instable - elle ne peut se prolonger longtemps.

Il peut alors arriver que le malade réagisse contre cette tension par une reprise de l'agitation ; et une recrudescence des symptômes morbides. C'est en particulier ce qui se produit lorsque le malade est trop éloigné du "malade moyen" d'un service. On le voit lorsqu'arrive par exemple un schizophrène grave dans un service libre (où le malade moyen est représenté par le malade dépressif qui guérit en trois semaines, ou la bouffée délirante). Il est fréquent qu'un tel malade loin de s'améliorer, s'aggrave : son statut social est très mauvais - les autres malades le rejettent. Si on le passe alors dans un service de chroniques, son statut social change, il est au niveau des autres malades. Médecins et infirmiers ne s'attendent pas à ce qu'il guérisse vite. Paradoxalement, c'est alors que l'on voit ses symptômes disparaître, en même temps que s'améliorent ses contacts sociaux.

La règle est donc que le malade guérisse. (En quelques semaines dans les services de malades aigus, en quelques mois dans les services de malades chroniques) C'est le cas du "malade moyen". C'est ce que l'on attend du malade.

Or il arrive encore fréquemment que la guérison ne soit pas obtenue dans les délais espérés. Le malade ne peut pas renoncer à sa maladie qui constitue pour lui une solution à des conflits intérieurs. Sous la pression qu'exerce le milieu, il abandonne la plupart de ses symptômes, mais il s'arrête sur le chemin de la guérison et s'installe dans la passivité qui constitue pour lui un dernier rempart (peut-être le plus solide) contre son angoisse. Il s'agit pour lui d'établir ainsi avec son entourage une forme stable qui soit plus facilement tolérable, moins conflictueuse, moins coûteuse en énergie. (1) - La cause intérieure de la maladie n'en est

---

(1) Une autre raison pour laquelle la passivité est une forme stable est qu'elle est une solution biologiquement économique. Les grands syndromes psychiatriques épuisent le malade, et non seulement l'agitation maniaque, mais aussi la mélancolie ou les syndromes délirants. Les "syndromes d'acuité" sont bien connus en

pas supprimée pour autant, mais l'angoisse est suffisamment recouverte. Le malade s'adapte à la néo-société hospitalière, qui est pour lui un milieu protecteur. Trop fragile pour pouvoir sortir, mais suffisamment sécurisé pour pouvoir s'améliorer, le malade s'arrête. Autrefois il se transformait en chronique, c'est-à-dire que sa maladie persistait. Actuellement la passivité a changé de forme : les rechutes, l'habituation hospitalière en sont les manifestations les plus récentes, de même que cette forme séquellaire de psychose vieillie où la maladie initiale s'efface pour laisser apparaître la passivité à l'état pur. Bien sûr le malade chronique existe encore et l'asile n'est pas tout à fait mort, mais il semble bien que l'on fabrique plus actuellement de passifs purs que de chroniques. L'intuition géniale de Kraepelin l'a conduit à définir et à diagnostiquer une maladie par l'état terminal vers lequel elle tendait. C'était s'attacher ainsi à rechercher le coeur de la maladie, sa vérité. Or ces états terminaux ne se voient plus de nos jours et pourtant les psychoses catatoniques et paranoïdes abondent dans les hôpitaux. Il est troublant de penser que les maniaques et les paranoïdes aboutissent au bout de peu d'années au même état de passivité, et ne se distinguent plus.

Mais dans nos modernes hôpitaux psychiatriques, la passivité devient elle-même source de conflits. D'ailleurs si nous en avons pris conscience, c'est bien parce qu'elle nous gênait. Elle gêne le médecin, irrité dans son amour-propre de ne pouvoir guérir complètement son malade ; elle le gêne parce que ses statistiques ne sont pas aussi bonnes qu'il le voudrait : les durées d'hospitalisation sont trop longues, les rechutes trop nombreuses. Elle gêne le chef de service qui manque de places, et qui doit ajouter des lits à un service déjà très lourd. Elle gêne les infirmiers qui ont du mal à trouver des malades pour les aider à faire le ménage. Elle gêne les ergothérapeutes, les moniteurs de sports, les masseurs, les psychothérapeutes. Elle devient donc à son tour une forme instable, car on attend

---

psychiatrie par l'importance des perturbations métaboliques réalisées au cours des psychoses aiguës. Autrefois les malades qui ne pouvaient "faire les frais" de leur maladie mentale mouraient de délire aigu. La quasi disparition de ce syndrome de nos jours nous paraît devoir être rapportée à l'apparition des thérapeutiques psychiatriques modernes qui permettent de stopper la maladie mentale aiguë à un stade précoce, avant la décompensation métabolique.

du malade qu'il participe à la vie de l'Hôpital, et qu'il guérisse. Et l'on s'irrite volontiers contre le malade qui ne "veut pas travailler" ou qui ne "veut pas guérir". Le danger est alors d'entrer dans une phase d'acharnement thérapeutique : depuis l'électrochoc "je vais te guérir de force", jusqu'aux chimiothérapies de plus en plus variées, à doses de plus en plus fortes, en les associant entre elles. Au maximum on en arrive à la lobotomie, qui consacre l'échec thérapeutique avec éclat : le psychiatre renonce et se confie au neuro-chirurgien. La psychothérapie elle-même peut s'insérer dans cet acharnement. "Abjure" dit Daumézon.

Cette phase est actuellement dépassée. Ce n'est pas par hasard si la passivité et l'oppression de l'Hôpital Psychiatrique s'imposent aujourd'hui à nos yeux, et ensemble. Il serait faux de dire que la passivité est créée par l'oppression, elle existe en dehors d'elle, elle fait partie de la maladie. Mais à coup sûr l'oppression, qui forge des esclaves, l'aggrave. Et c'est un signe de progrès indiscutable de prendre conscience de l'existence de ce couple passivité- oppression. C'est parce que le psychiatre est actif qu'il s'est heurté à la passivité. Il a fallu longtemps pour qu'elle apparaisse clairement à ses yeux. Pourtant de la discerner permettra de l'étudier pour elle-même, de voir sa signification, sa fonction de l'étudier dans le milieu où elle s'insère, et de l'affronter. L'activité du psychiatre se précisera ainsi et se fera plus efficace.

•

o o

CHAPITRE IV

ANALYSE DU CONTENU DE LA PASSIVITE

I – INTRODUCTION – DEFINITION.

Dans la première édition du manuel Alphabétique de Psychiatrie d'Antoine Porot il n'y avait pas de rubrique "Passivité". Par contre, dans la deuxième édition Porot la définit ainsi "Disposition mentale telle que le sujet sans initiative, sans ressort, subit toutes les influences ou toutes les suggestions extérieures." Il met donc l'accent sur la malléabilité du passif. Il insiste ensuite sur le caractère déficitaire qu'elle suppose : "indifférence affective, diminution de la spontanéité, de l'initiative, de l'autocritique, du jugement."

Pour le Littré :"le terme vient du latin pati : souffrir' ; le passif est "celui qui souffre l'action, l'impression" – il est celui "qui subit" – par extension "qui n'agit point". "Passif est chose qui souffre" dit Oresme."

Dans son dictionnaire philosophique, Lalande écrit "qui constitue une "passion", qui a le caractère d'une passion ou qui éprouve une passion au sens A du mot. Et à passion, sens A : "tout ce qui arrive ou qui se fait de nouveau est généralement appelé une passion au regard du sujet auquel il arrive et une action au regard du sujet qui fait qu'il arrive, en sorte que bien que l'agent et le patient soient souvent fort différents, l'action et la passion ne laissent pas d'être la même chose qui a deux noms à raison des deux sujets auxquels on peut la rapporter." (Descartes : les passions de l'âme). Ce sens du mot passion ayant actuellement disparu, passivité tend à le remplacer dans cet usage. Mais sa forme grammaticale ne lui a pas permis de s'y substituer entièrement ... Nous manquons donc d'un terme représentant le fait de subir actuellement une action, et il en est de même dans les autres langues philosophiques."

Nous n'entreprendrons pas d'étudier la relation entre passivité et passion. (Lagache dans un article sur les psychoses passionnelles a été frappé par cette commune origine éthymologique des deux termes et l'a longuement étudiée).

Mais nous retiendrons cependant que la question ait pu être posée de savoir si la passion n'avait pas un caractère passif. En inversant les termes ceci revient à supposer que la passivité puisse s'allier à une puissance de vie intense, et à une grande affectivité, ce qui est lui reconnaître une valeur positive.

Mais il ressort de ces diverses définitions que le terme de passivité évoque deux idées bien différentes : le fait de souffrir, le fait d'être agi. C'est indiscutablement le second de ces deux sens qui est actuellement le plus usité. Mais il nous faudra cependant ne pas perdre de vue le premier ; c'est parce que celui qui souffre perd de sa puissance de décision, de liberté qu'on l'a appelé le patient. Si le terme a fini par signifier "qui n'agit point", c'est par extension : parce que c'est l'état de maladie qui entraîne la passivité. Il convient donc de ne pas inverser les termes ; la passivité n'est pas la cause de la maladie, elle en est le plus souvent la conséquence. Notons aussi que le fait d'être agi n'entraîne pas ipso facto l'inactivité. Il s'agit plutôt d'une suggestibilité, d'une malléabilité. Le sujet perd de sa libre détermination.

Mais voyons ce problème de plus près.

II – LA PASSIVITE N'EST PAS UNE SIMPLE INACTIVITE.

Si l'on voulait définir la passivité par son contraire, on penserait d'emblée à l'activité. Et il serait paradoxal de nier qu'il y a dans la passivité une composante d'inactivité. C'était elle qui attirait le plus l'attention dans l'ancien asile et de nos jours encore bien des malades restent inertes et immobiles. Mais nous pensons que toute inactivité n'est pas de la passivité = nous avons déjà éliminé les inactivités d'ordre neurologique. Nous avons vu également que la stupeur confusionnelle, la catatonie, le négativisme, l'inhibition mélancolique représentent des faits d'un autre ordre. Mais il est des inactivités qui sont du repos ; et il convient de ne pas taxer de passif tel malade qui venant à l'Hôpital Psychiatrique pour un séjour bref désire se reposer, et refuse d'aller à l'atelier d'ergothérapie.

Il est aussi des sujets qui se plaisent à ne rien faire, mais sont capables de travailler efficacement lorsqu'ils y sont contraints. On peut parler de paresse dans ce cas, ou de nonchalence, ou de goût du farniente, mais pas de passivité.

Mais il est exact que le comportement du passif vis-à-vis de l'action est toujours perturbé. A dire vrai il est rarement vraiment inactif ; l'inactivité totale est difficile à l'homme et ne se voit guère que dans les grands syndromes psychiatriques que nous avons précisément écartés de notre étude. Mais son activité est le plus souvent une activité dégradée. Le trouble peut se situer à un niveau quelconque de l'action : au moment de la décision, ou devant l'obstacle, ou pour la liquidation de l'action. Le passif a de fausses activités. Il est tout le contraire d'un homme d'action.

C'est peut-être au niveau de la puissance de décision que le déficit est le plus net. Le manque d'initiative des malades passifs est bien connu des infirmiers. Dans son traité du caractère, Mounier écrit "l'inactivité tend à dégrader l'émotivité en affaiblissant le dynamisme de l'explosion affective au profit de la jouissance intérieure passive". La décision conjugue en effet des motifs et mobiles d'ordre intellectuel et affectif. Le passif ne décide pas parce qu'il a peur de l'action qui l'expose, qui le met en état d'insécurité. Toute action implique un changement. Or tout changement risque de détruire l'équilibre précaire dans lequel vit le passif. Il peut y avoir soit un pur et simple refus de l'action, soit irrésolution ; c'est le choix qui est impossible, non pas tant parce que le passif désire également accomplir tel ou tel acte, mais plutôt parce qu'il n'en désire aucun. L'action est désécurisante. Dans un article sur le principe de sécurité, Lechat écrit : "certains vivent affectivement comme s'ils étaient sur une plateforme environnée de bombes qu'ils auraient peur de heurter en faisant le moindre mouvement. Leur condition de sécurité est l'immobilité, même si celle-ci leur est incommode et crispante... L'apathique est dans ce cas. Pour lui toutes les initiatives ou entreprises étant dangereuses, il est logique qu'il paralyse tous intérêts puisque ceux-ci constituent une incitation à agir".

C'est l'engagement dans une action autonome qui est difficile au passif. Mais si l'ordre lui est donné, et qu'ainsi on lui épargne la décision, il ne refuse habituellement pas d'exécuter ce qu'on lui demande. L'action est

cruelle, elle révèle l'homme, elle le met en pleine lumière, elle l'expose aux regards d'autrui ; la refuser est signe d'un sentiment d'infériorité.

Le passif inactif a de multiples possibilités d'échapper à l'action par de fausses activités : les rêveries imaginatives - la parole : combien épuisent en discours leurs velleités d'action, mais n'agissent jamais (ce ne sont pas ceux qui disent Seigneur, Seigneur...) - la hâblerie = Tartarin de Tarascon n'est pas drôle il camoufle son impuissance.

Le choix du but de l'action peut également être perturbé = tel qui rêve de sauver le monde, ou d'écrire un grand livre, ne produit rien en fait et vit du travail des autres. Inversement d'autres malades consacrent toute leur activité à de menus travaux, qui prennent presque un caractère obsessionnel, et par là même rassurant = le goût de l'ordre, la minutie, le collectionnisme. Baldwin les appelle des "facta" par opposition aux "acta" qui seuls engagent la personnalité entière. On peut y rattacher toutes les activités stéréotypées, tous les automatismes.(Notons que dans la vie courante la plupart de nos gestes ne sont que des facta qui ne demandent qu'une faible dépense d'énergie ; mais pour le passif seuls les facta sont possibles). Il est certain que l'hôpital psychiatrique ne favorise pas l'initiative. Il est certes difficile d'accepter toutes les initiatives individuelles dans des communautés de malades aussi importantes, mais peut-être conviendrait-il d'étudier les moyens de favoriser les initiatives de malades, en les canalisant. Les expériences de Sivadon créant des comités de malades sont à cet égard intéressantes ; de même que les activités spontanées (peinture libre par exemple).

Caractéristique également est l'attitude du passif face à l'obstacle, il abandonne, il démissionne : "je ne sais pas, je ne peux pas". Point n'est besoin pour cela de justification. Même il arrive que le passif, anticipant sur la difficulté, refuse l'effort parce qu'il s'attend à ce qu'il y ait des obstacles, "je ne saurai pas, je ne pourrai pas". Ou bien on se trouve en face d'une attitude attentiste : le malade qui bute sur un obstacle, ne dit rien, il attend que le moniteur s'aperçoive de son inaction et résolve la difficulté.

Il arrive aussi que le malade, incapable d'adaptation, recommence indéfiniment le même geste inefficace, qui se transforme à son tour en stéréotypie.

Cette attitude,face à l'action élémentaire, peut se retrouver sur un autre plan plus complexe ; elle rejoint la compulsion de répétition de Freud - elle est celle de la névrose d'échec : toujours s'engager dans des actions qu'on ne mène pas à bien, parce qu'on bute sur l'obstacle sans s'adapter. C'est la forme d'entêtement du passif.

Enfin l'action suppose qu'on la termine. Il faut la détacher de soi et se tourner vers une autre. C'est une rupture souvent difficile à réaliser pour le passif : "je n'ai jamais fini". Cette difficulté à la liquidation de l'action peut se cacher sous la recherche de la perfection chez le psychasthénique. C'est à P.Janet que revient le mérite d'avoir montré que "quoique cela paraisse bizarre, il faut une action, et souvent une action énergique pour arrêter l'action". Cette liquidation est facilitée par le sentiment de joie et de puissance qui surgit à la fin du travail, or le passif ne peut pas éprouver de tels sentiments, son infériorité, son insécurité lui font douter de la valeur de ce qu'il fait. Aussi n'ose-t-il pas l'abandonner au jugement d'autrui.

En outre terminer l'action c'est être obligé de se tourner vers une autre, et de s'engager. D'où la persévération du passif qui refuse de quitter une tâche par peur d'être jugé et par peur d'avoir à affronter un changement.

Notons que cette attitude du passif se retrouve quant à sa propre maladie. Le malade ne se reconnait pas comme tel pour ne pas avoir à lutter, à agir contre sa maladie qui représente pour lui à la fois un obstacle et une solution.

"Peut-être a-t-on insuffisamment souligné que nier la maladie, c'est par définition ne pas avoir à lutter contre elle, c'est laisser faire, laisser faire la maladie à la place du malade" écrit Sivadon. D'autres, au contraire, s'acceptent comme malades mais se définissent comme "coextensifs à la maladie" = "c'est dans mon tempérament, j'ai toujours été comme çà, on n'y peut rien" = autant de moyens de refuser la lutte. D'autres enfin réussissent à la fois à refuser la maladie mentale et à rester à l'hôpital psychiatrique en alléguant la persistance d'un symptôme physique, céphalée, insomnie, asthénie ou autre. Ce qui est une façon de ne pas agir et de refuser même au psychiatre d'agir.

Nous voyons donc que les rapports entre la passivité et l'activité sont complexes : toutes les inactivités ne sont pas de la passivité. Inversement la passivité peut s'accompagner d'une certaine activité mais de qualité inférieure.

Mais en outre la passivité ne se résume pas à des troubles de l'activité et bien d'autres éléments entrent en jeu.

III - LA PASSIVITE N'EST PAS UNE ABOULIE

Dans son ouvrage "Les défaillances de la volonté", Madame Favez-Boutonnier décrit un certain nombre de types cliniques qui seraient à rapprocher de la passivité = tels le soumis, celui qui alterne entre l'obéissance et la révolte, le révolté verbal (le rouspéteur) qui sont tous caractérisés par leur dépendance - ou un 2° type, inhibé celui-là, où l'on trouve l'idéaliste, le logicien, le pessimiste, le prisonnier volontaire, l'ironiste.

Nous nous trouvons ici au centre même de notre propos. Il est évident que la passivité suppose un trouble de la volonté, et l'on conjugue bien souvent le verbe vouloir au négatif à propos de ces malades "il ne veut pas guérir, il ne veut pas travailler, il n'a pas de volonté ... s'il voulait ... " Mais de constater que la volonté est malade ne nous apprend pas à la guérir, et le terme est trop vague pour être utilisable. Il nous faudrait alors étudier de quoi se compose la volonté et chercher à quel niveau se situe la défaillance. Mais il s'agit là davantage de psychologie que de psychiatrie.

Notons cependant que les psychologues modernes n'étudient plus la volonté comme une fonction isolée. Elle est liée au motif et au but qui la porte, elle est liée à l'affectivité qui l'anime, elle est liée au jugement, elle dépend de la personne toute entière. "Si l'on veut préciser l'aspect particulier de l'existence personnelle que présente la volonté - écrit Mounier - on peut se référer à l'esprit de force des moralistes chrétiens, qui est la bravoure au service de l'amour ; elle tourne contre l'obstacle toutes les puissances de l'individu : endurance, ardeur

offensive, et même la chaleur de l'instinct ; mais en cela elle n'est animée ni par la bravade, ni par l'esprit de prouesse, ni par l'entêtement, mais par l'espérance en Dieu qui est bien la plus détendue des vertus ; sa forme suprême est la fermeté devant la mort : c'est bien dire qu'elle n'est pas un repliement morose, mais une fonction du don personnel".

Espérance et don personnel, n'est-ce pas là ce qui est le plus impossible au malade mental ?

C'est pourquoi il ne sert à rien de constater que le passif est aboulique. C'est un truisme qui ne nous apprend rien sur les causes de cette aboulie. Il s'agit là d'une caractéristique très extérieure et superficielle.

IV - LA PASSIVITE EST UNE DEPENDANCE

A la différence de l'inactivité et de l'aboulie qui apparaissent comme relativement inconstantes, bien que fréquentes au cours des syndromes de passivité, la dépendance, elle, semble absolument caractéristique et constante chez tous les passifs. On peut même affirmer que lorsqu'elle n'existe pas il n'y a pas réellement de passivité. Notons que cette dépendance n'est pas réservée au malade mental passif ; on retrouve ce même caractère chez le passif normal, mais, chez le malade mental, il est amplifié, exagéré et apparaît avec évidence.

On peut penser que bien des groupes sociaux s'appuient sur ce désir de dépendance qui est inhérent à beaucoup d'hommes. L'armée apparaît comme le lieu où elle s'exerce avec excellence. Le soldat est pris en charge par l'armée, sa mère. Il n'a pas à se soucier de se procurer les moyens de satisfaire ses besoins essentiels de nourriture, de logement et même de vêtements. Ses tâches sont étroitement délimitées et ne comportent pratiquement aucun élément de responsabilité : il a toujours un responsable, un supérieur au-dessus de lui. On peut retrouver ce même phénomène, bien qu'à un moindre degré, chez les employés de la fonction publique. Il arrive même que la passivité s'étende à tout un peuple : ce fut le cas des os-

claves de l'Antiquité et, dans un passé plus récent, des peuples colonisés. Se formait ainsi une race d'esclaves, passifs et soumis, qui attendaient tout de la nation civilisatrice et protectrice.

On voit ici l'ambiguïté de cette notion de dépendance. En effet, si la dépendance est privation d'autonomie et de liberté, elle est, sur un autre plan, assurance de sécurité : en effet, la liberté, pour qui n'a pas appris à en user, représente une incertitude, une insécurité. Elle suppose un apprentissage difficile. Notons d'ailleurs que bien des éducations qui devraient être précisément l'apprentissage de cette liberté, contribuent tout au contraire à former des êtres passifs.

Beaucoup de nos malades apparaissent ainsi comme dépendants. L'hôpital psychiatrique représente pour eux l'autorité tutélaire qui leur accorde la protection qu'ils attendent, mais ils pourraient tout aussi bien sortir si on leur trouvait un autre milieu protecteur. C'est d'ailleurs ce qui se produit dans de nombreux cas où les malades trouvent dans leur famille le cadre qui leur convient. Il faut remarquer à ce propos la grande fréquence des malades liés à une famille dominante, qu'il s'agisse de leurs parents ou de leur conjoint. Il y a là un jeu dialectique, la création d'une forme dominant-dominé, oppresseur-opprimé, où l'on ne sait plus bien si c'est le passif qui oblige son entourage à être actif ou si c'est, au contraire, la dominance de l'entourage qui provoque la passivité du malade. Quoiqu'il en soit, on aboutit à une forme stable où le malade accepte sa dépendance qui est sécurisante.

Cette dépendance se traduit par une soumission à l'autorité hiérarchique, dispensatrice de sécurité. Elle se traduit également par la participation à l'ambiance. Il y a là un phénomène de rassurement par le groupe. Le malade se sent étayé. Il colle à l'ambiance et s'efforce de capter l'affectivité diffuse qui relie les membres du groupe entre eux, de façon anonyme. Mais ce mécanisme a un inconvénient qui est la dilution de la personnalité du malade. C'est ainsi que l'on a pu observer que certains types de malades passifs et suggestibles se trouvent en quelque sorte complètement éparpillés et noyés lorsque le groupe auquel ils appartiennent est trop grand. Placés dans un groupe plus restreint, ces malades font tout à coup, à la stupeur générale, preuve de personnalité, d'initiative et sortent ainsi de leur passivité. (cf. obs.n°2-Melle.MA...)

Cette dépendance du malade mental passif s'exerce sur plusieurs plans :

- sur le plan de la satisfaction des instincts primaires - Il s'agit là d'un des aspects les plus graves de la passivité qui se rencontre d'ailleurs rarement chez le malade passif pur mais plutôt chez les malades présentant des syndromes psychiatriques aigus, tels que les mélancoliques ou les catatoniques, ou les stuporeux. A ce niveau-là, le malade dépend entièrement de son entourage et ne pourrait pas subsister sans lui.

- La dépendance du malade passif s'exerce beaucoup plus souvent sur un plan moins vital qui est celui de l'initiative et de la responsabilité. Le malade passif, comme nous l'avions dit au chapître sur l'activité, ne prend pas facilement d'initiative et fuit la responsabilité. Il peut d'ailleurs s'agir là d'une fuite active par peur du risque que comporte toute responsabilité. En ne prenant pas d'initiative, le malade est certain de ne pas déplaire à son entourage et, par contre, en obéissant de façon passive et soumise aux ordres qu'on lui donne, il est sûr au contraire de s'attirer la bienveillance.

- Ce qui est peut-être plus intéressant c'est de voir à quel point le passif dépend affectivement de son entourage. Il a besoin d'avoir la certitude d'être aimé. Il ne peut pas supporter la moindre frustration et, en particulier, la moindre marque d'hostilité. Il a constamment besoin de l'approbation d'autrui pour entreprendre ou continuer une action. Il a besoin d'être sans cesse rassuré et encouragé. Il n'ose rien faire qui ne lui soit ordonné ou suggéré. Il n'a rien à lui qui ne soit emprunté. Il lui faut constamment un "appui moral". La solitude lui est difficile, d'où le phénomène de rassurement par le groupe dont nous parlions plus haut, mais elle lui parait encore préférable à l'affrontement. C'est ainsi que certains passifs arrivent parfois à mener une vie très isolée à l'intérieur de l'hôpital, n'ayant que des rapports sociaux superficiels et limités à l'indispensable.

Il nous faut maintenant nous demander comment le malade en est arrivé à découvrir que la dépendance pouvait être pour lui un facteur de sécurité. Et, nous dirons qu'il est nécessaire pour cela qu'il ait fait une "expérience passive primaire". Nous verrons plus loin au chapitre sur la psychanalyse que cette expérience passive primaire peut se situer dans l'enfance. Mais arrêtons-nous surtout, pour l'instant, aux expériences passives primaires survenues tard, c'est-à-dire aux passivités non caractérielles, aux passivités acquises.

Cette initiation à la passivité se produit le plus souvent, dans le cas qui nous occupe, par une maladie mentale aiguë. En effet, il nous faut noter que peu de malades viennent volontairement à l'hôpital psychiatrique. La première hospitalisation d'un malade à l'hôpital psychiatrique est presque toujours un évènement dramatique. La maladie mentale est pour lui une déchéance qu'il n'accepte que très difficilement et le plus tard possible. Mais, une fois arrivé à l'hôpital psychiatrique et, passés les premiers jours, il s'aperçoit que sa situation n'est pas tellement désagréable. Il se trouve dans un milieu qui l'accepte comme malade mental, qui ne lui reproche pas ses symptômes. Par ailleurs, il s'agit d'un milieu protégé et nous avons vu quel rôle il faut attribuer à l'asile dans la genèse de la passivité. Il se trouve ainsi pris en charge par l'hôpital psychiatrique, par la société et sa famille elle-même devient moins exigeante à son égard et ne lui demande plus les mêmes efforts. Il s'agit ainsi pour le malade d'une épreuve de passivité imposée dont il s'aperçoit qu'il peut tirer un bénéfice. La maladie mentale constitue pour lui la justification idéale pour ne plus avoir à lutter contre ses difficultés. C'est ainsi que l'on peut probablement expliquer le grand nombre des passivités résiduelles dans les cas où le malade se trouve dans une situation sociale difficile. Nous avons remarqué, par exemple, que l'on observe fréquemment des passivités dans les névroses hypocondriaques post-traumatiques. Or, il est maintenant bien établi que la plupart de ces névroses post-traumatiques surviennent chez des sujets ayant une adaptation sociale limite, qui se décompensent alors. Le malade qui arrivait à peine à faire face à ses difficultés et qui se trouve, par surcroît handicapé encore davantage par son traumatisme, fait alors une névrose post-traumatique et il n'est pas étonnant que celle-ci évolue de préférence vers un état de passivité. Dans ce cas, l'expérience passive primaire a permis la décompensation d'une adaptation sociale déficiente.

Il faut noter qu'il y a bien d'autres modes d'expérience passive primaire que la maladie mentale. Il arrive fréquemment que cette expérience se fasse à l'occasion d'une maladie physique, surtout d'une maladie physique de longue durée. Et l'on pourrait interpréter ainsi bien des syndromes d'inadaptabilité à la suite d'une tuberculose par exemple.

Il peut même s'agir d'une expérience de passivité qui n'ait rien à voir avec la maladie. C'est ainsi que l'on peut voir des décompensations se faire dans le sens de la passivité après les détentions prolongées ou après un trop long séjour dans l'armée par exemple. On pourrait également interpréter de cette manière les syndromes des déportés ou des anciens prisonniers de guerre, syndromes qui, comme on le sait, sont caractérisés par l'asthénie, l'apathie et l'indifférence affective.

Dans tous les cas le sujet fait, malgré lui, une expérience passive primaire et ce n'est que secondairement qu'il voit les avantages qu'il peut en tirer et qu'il s'y installe. Il est inutile de préciser, bien sûr, que ceci se fait de façon inconsciente.

Le malade a en quelque sorte acquis le droit, la permission de ne plus être actif et d'être pris en charge par d'autres.

Nous venons de voir que la dépendance représente ainsi une fonction de sécurisation pour le malade. Mais, on peut penser qu'elle a aussi un rôle d'appel du malade vers l'entourage. Il s'agit peut-être là d'une des fonctions les plus importantes de la passivité. En se faisant dépendant, le malade oblige autrui à s'occuper de lui. Il tend le lien qui le lie à l'autre pour faire jouer son élasticité et le rapprocher ainsi de lui-même. Il se fait pesant pour faire sentir son poids à l'autre. Il creuse en lui un vide pour y faire venir autrui "je suis petit et faible, je ne peux rien faire, si on ne s'occupe pas de moi, je mourai ". C'est en somme un appel à l'aide muet dont il faut bien voir l'ambivalence : "je ne

fais rien pour qu'on s'occupe de moi, mais, si je ne fais rien, c'est parce qu'on ne s'occupe pas de moi, si je suis comme je suis, si je suis malade, ce n'est pas ma faute, c'est la faute des autres qui ne se sont pas occupés de moi. Voyez ce qu'ils ont fait de moi". C'est en quelque sorte faire porter la responsabilité de ce que je suis devenu sur un autre et c'est aussi une façon de reporter sur lui mon agressivité. Nous aurons d'ailleurs à revenir plus loin sur ce caractère très ambivalent de la dépendance, au sein de la passivité. La dépendance du malade passif est à la foie subie et voulue. Elle est, pourrait-on dire, à la fois passive et active, en ce sens qu'elle a une dynamique propre .

Lorsque cet appel n'est pas entendu ou qu'il y est trop peu répondu,à ce moment-là le malade se résigne et ne demande plus, n'attend plus. C'est alors qu'il passe d'une passivité encore tournée vers autrui vers une passivité beaucoup plus solitaire, repliée sur elle-même. Cette phase de résignation peut être entrecoupée de brusques accès d'agressivité,destinés à forcer tout de même l'attention par un coup d'éclat plus bruyant que les autres. Mais, même cette agressivité arrive à son tour, à disparaître. Et c'est ainsi que se créent ces vieux malades d'asile, gris, de la couleur des murs, que plus rien ne distingue et que tout le monde oublie Le rôle de l'asile dans cette évolution vers la passivité résignée est évidemment déterminante. Nous avons déjà insisté sur ce qui la caractérise : l'anonymat, l'absence de toute responsabilité donnée au malade, l'absence de toute possibilité de revalorisation vis-à-vis d'autrui. Tout ceci concourt à supprimer pour le malade tout espoir de promotion personnelle.

V – TROUBLES DE L'UTILISATION DU TEMPS ET DE L'ESPACE

La première constatation à faire, c'est le rétrécissement considérable du champ spatio-temporel du passif. Nous n'insisterons pas sur le rétrécissement du champ spatial qui est évident, surtout pour le passif hospitalisé mais qui est également rétréci chez le passif non hospitalisé. Il s'agit là d'une remarque banale et sans grande portée. Par contre, nous insisterons davantage sur le problème du temps chez le malade passif.

"L'homme d'action est un homme d'avenir, il voit loin".

Ces locutions populaires montrent bien la relation étroite qu'il y a entre l'action et l'avenir. Le passif, par contre, n'utilise pas le temps. Sa vie est une succession de "maintenant". Pour lui, le passé, le présent et l'avenir sont des entités tout à fait distinctes. Il ne les intègre pas l'une à l'autre. Le passé est pour lui un monde clos qu'il n'utilise pas. Son passé n'est pas oublié, il n'est pas nié, il n'est pas ignoré. Il semble même se prolonger dans le présent en ce sens que le passif a du mal à assurer son propre passé, à l'intégrer, à le dépasser pour pouvoir l'utiliser. En somme, son passé ne se transforme pas en expérience. Le passif fait partie de ces hommes qui ne peuvent pas acquérir l'expérience, c'est-à-dire se servir du passé en vue de la construction de l'avenir. C'est cette vision globale, cette utilisation totalisante du temps qui manquent au passif. Sa vie jusqu'ici s'étant soldée par un échec, dont sa maladie mentale est le témoin, le malade se trouve alors inhibé. Il s'arrête de vivre, en quelque sorte. Nous disions plus haut, sa vie est une succession de "maintenant", nous ne disons pas : il vit dans le présent. En effet, il lui manque ce que JANET appelle la "présentification" qui consiste à rendre présent un état d'esprit et un groupe de phénomènes. Son présent est morne et n'est pas sous-tendu par sa vision de l'avenir. Il vit dans l'instant, son anticipation est extrêmement limitée et réduite à des projets sans valeur vitale. Nous pensons que l'avenir a une valeur trop peu mise en évidence en psychiatrie. Les notions d'élan vital, introduites par MINKOWSKY en psychiatrie à la suite des travaux de BERGSON, et les notions de devenir sont intimement mêlées. Dans son livre "Le temps vécu", MINKOWSKY écrit : "dans la vie, tout ce qui a une direction dans le temps, a de l'élan, donne de l'avant, progresse vers l'avenir. De même, dès que je pense à une orientation dans le temps, je me sens irrésistiblement poussé en

avant et vois l'avenir s'ouvrir devant moi. Et ce fait d'être poussé n'a rien de passif en lui ; il ne veut aucunement dire que des forces extérieures me contraignent à regarder devant moi et à progresser dans cette direction ; non, il a une toute autre signification, il veut dire que je tends spontanément, de toutes mes forces, de tout mon être, vers l'avenir en réalisant ainsi toute la plénitude de la vie dont je suis en général capable à ce point de vue".

De même, SUTTER étudie "les conduites d'anticipation positives caractéristiques de la vie" et écrit : "il s'agit de faire front au danger, ou de participer à la conquête ... Au contraire, les conduites négatives sont arrêt, suspension de la vie, esquive ou dérobade ... Un premier aspect en est la réaction de repli, la recherche de la sécurité dans le renoncement aux attitudes de progrès et d'entreprise. Se laisser vivre, comme on dit, c'est, au moins pour un temps, renoncer à vivre ".

Notre avenir a en effet sur nous une influence peut-être aussi déterminante que celle du passé. Les choix que nous faisons, la fin vers laquelle nous tendons sont comme un jalon jeté dans l'avenir qui exerce sur nous une force attractive, qui nous attire vers lui et qui modèle ainsi notre présent. Nous ne sommes pas dupes de ce que cette hypothèse peut avoir d'ambigu. Il est bien évident que nos choix mêmes sont influencés par nos antécédents et peut-être teintés de névrose. Mais, il n'en reste pas moins que le but, quelqu'aient pu être les raisons névrotiques du choix, a par lui-même une action décisive sur notre comportement d'aujourd'hui. Cette action s'exerce déjà par le seul fait que son but nous oblige à l'organisation du temps qui nous sépare de lui. Cette organisation nous amène à exclure de notre vie telle activité pour faire la place plus grande à telle autre activité qui aura une efficacité plus grande, en vue du but recherché. Cette idée n'est pas neuve, et, il y a vingt siècles déjà que Saint-Paul évoquait l'entraînement intensif subi par l'athlète qui veut gagner les jeux du stade (première Lettre aux Corinthiens, chapître 9). Si, à 18 ans, je décide de devenir médecin, je fais ainsi une option sur l'avenir. Celle-ci entraîne, ipso facto, toute une série de transformations qui commencent aujourd'hui : si je n'habite pas la ville de faculté je dois quitter mes parents, rompre ainsi, ou du moins transformer mes liens affectifs ; ensuite, il me faudra organiser ma vie en fonction du travail et lui consa -

crer la plus grande partie de mon temps ; je serai amené à avoir des contacts interpersonnels nombreux ; je devrai abandonner nombre d'activités qui m'apparaîtront comme accessoires au profit de l'essentiel. Nous connaissons un jeune homme chez qui ses parents observèrent un changement, une transformation de sa manière d'être, à partir du jour où reçu à son second baccalauréat, il décida de devenir médecin et bien avant même qu'il eut quelque décision à prendre, alors qu'il était encore en vacances. De même, et bien plus profondément encore, une option religieuse, qui est tout entière tournée vers l'avenir, va-t-elle avoir, en moi, une répercussion importante. Nous n'insisterons jamais assez sur le fait que toutes ces options ont une valeur d'engagement, ont une valeur formatrice et vont modeler notre vie dans l'avenir, mais, aussi, dès aujourd'hui. Notre destinée (et non pas notre destin qui résonne trop comme fatalité) apparaît comme complexe :faite d'un avenir qui est inconnu mais, en même temps, déterminé par les options faites aujourd'hui. Notre devenir se révèle comme une notion essentiellement dynamique. Il nous apparait ainsi qu'on ne peut prétendre connaître un malade que dans la mesure où l'on s'efforce de se rendre compte de quelle façon il voit son avenir, c'est-à-dire de quelle façon il l'oriente, vers quel "point de chute" il tend.

Le passif, lui, n'a pas d'avenir. Il manque de perspectives. Il ne sait pas ce qu'il fera le lendemain. Il ne fait pas de projets. Il n'a pas d'espérance. son devenir lui parait vide et il ne se soucie pas de le construire. Il ne tend pas vers un but parce que l'élan vital est tari en lui. Si, malgré tout, on l'interroge plus avant, il nous répondra alors que son avenir lui apparait menaçant. On retrouve ici ce sentiment d'insécurité auquel nous avions vu qu'il essayait d'échapper par la dépendance et la passivité et que nous étudierons plus en détail au chapître de la psychanalyse.

Absence d'utilisation et d'intégration du passé, absence de présentification du présent, absence de perspective, tel est ainsi le bilan négatif du vécu temporel du passif. Il est bien évident que chaque malade ne présentera pas forcément le tableau en entier et il est des degrés dans cette non-utilisation du temps chez le passif : certains l'utilisent plus et d'autres moins. Nous pouvons cependant conclure par ces mots : "le passif vit au jour le jour, il laisse à l'autre

le soin de prendre en charge son avenir". (1)

VI - LA PASSIVITE EST UNE ABSENCE D'ACQUISITION

Cette proposition dérive directement de la précédente car il est bien évident que l'acquisition de connaissances et d'expériences nouvelles nécessite l'utilisation du temps. Notons à ce propos que l'on voit d'ici la différence entre la passivité morbide et la passivité de l'enfant. Il arrive que l'on compare le malade passif à un enfant, on dira alors qu'il se laisse faire comme un enfant, il se laisse mener, il ne se conduit pas en adulte. En fait, nous voyons quant à nous une différence essentielle entre ces deux passivités. Il est vrai que l'enfant est malléable, suggestible, formable, mais l'on peut à peine parler ici de passivité. En effet l'enfant placé au milieu de toutes les sollicitations et de toutes les informations venues du monde extérieur, les utilise pour construire sa propre personnalité. Il s'agit là d'une passivité d'acquisition. Sa passivité l'enrichit (notons à ce sujet la remarque du Docteur BEAUJARD qui constatait la rareté des syndromes d'imprégnation aux neuroleptiques chez les enfants : "l'enfant résiste dit-il, au Largactil car il est tout orienté vers la construction de lui-même et il est fondamentalement actif et non passif"). Tout au contraire le malade passif s'appauvrit. Nous avons vu au chapitre précédent le rétrécissement de son monde spatio-temporel: ses désirs s'amenuisent et se raréfient, il ne s'intéresse plus à ce qui l'entoure, comme s'il n'était plus concerné et il est bien vrai d'ailleurs que le monde tourne sans lui et que chacun se passe de lui. C'est dans la baisse de cet intérêt qu'il faut voir la source de son appauvrissement et du tarissement de ses acquisitions.

L'exemple le plus caricatural de cette absence d'acquisition chez le malad passif se trouve chez le vieillard. Dans un article excellent paru en Mai 1961 dans

---

(1) Nous remercions le Docteur REQUET à qui nous devons l'inspiration de ce paragraphe. Nous espérons n'avoir pas trop trahi sa pensée.

les Annales Médico-Psychologiques sur les défaillances psychiques du vieillard, POSTEL étudie les mécanismes de défense du vieillard. Qu'il s'agisse des mécanismes "défensifs" (répression des conflits et des impulsions, négation de la réalité, refus de la mort) ou des moyens "préventifs" (rétrécissement du cadre de vie, misonéïsme, égocentrisme, tendance à la systématisation et valeur excessive donnée aux signes : argent, collections), il s'agit, avec évidence, dans tous ces moyens d'un rétrécissement du champ vital. Il est banal de dire que le vieillard devient conservateur. Il n'a plus, ni le temps, ni la force d'acquérir, aussi s'attache-t-il surtout à conserver ce qu'il a. A un degré de plus, chez le vieillard dément, l'on s'apergoit que même le passé lui échappe : ses souvenirs s'estompent, il perd le contact avec le réel et toute possibilité d'agir sur lui. Un immense désintérêt s'installe alors en lui. Il tombe alors dans cet état de passivité absolue dont nous parlions au chapître sur la Dépendance, c'est-à-dire dans cet état de passivité où il doit compter sur autrui, même pour satisfaire ses besoins vitaux, et, c'est le stade du gâtisme.

VII - LA PASSIVITE EST UNE DEMISSION

Le malade qui s'installe dans la passivité renonce à la lutte, il s'avoue vaincu. Il admet sa déchéance et s'en remet à autrui. La maladie mentale elle-même apparaît comme une démission : on a pu dire qu'elle était un échec du malade dans la lutte contre son angoisse, mais, au moins elle est un échec déguisé. Tandis que lorsqu'il s'installe dans la passivité pure, c'est-à-dire lorsque les symptômes de la maladie se sont effacés, et qu'il ne reste que la passivité, l'on peut dire alors que le malade accepte véritablement son échec. Il démissionne de l'essentiel. Et, c'est encore dans la démence sénile que se trouve le maximum de ces démissions. Ce n'est plus seulement de l'essentiel que le vieillard démissionne, c'est de tout, il démissionne dans l'absolu. Il renonce à son passé, à ce qui avait été jusqu'alors sa vie, il renonce aux êtres qui lui étaient les plus chers, puisqu'il les oublie, il renonce même à son propre jugement ; il ne cherche plus à se situer, ni dans le temps, ni dans l'espace. Dans l'article que nous citions plus haut, POSTEL reprend les idées de TOLSTOI sur la mort et il note que la mort perd de nos jours son sens

d'achèvement. Autrefois elle paraissait normale aux Anciens ("Abraham mourut vieux et comblé par la vie"). L'homme, au soir de sa vie, pensait n'avoir plus rien à acquérir, avoir accompli ce qu'il avait à accomplir et mourait tout naturellement. TOLSTOI pense que l'homme civilisé ne trouve plus de sens à la mort car, au lieu d'être comblé par la vie, il est trahi par elle, il est vaincu par elle. Il ne peu plus suivre le progrès. Son expérience n'a plus de valeur car elle est sans cesse dépassée. De même, le dément sénile ne voit-il pas venir la mort, il ne l'attend pas, il ne sait plus où se situer par rapport à elle. Aussi, la mort ne viendra-t-elle que donner la dernière touche à sa démission absolue .

VII - VALEUR POSITIVE DE LA PASSIVITE

Nous ne voudrions pas que le lecteur conclue de tout cela que la passivi n'a de valeur que négative. Nous avons vu qu'elle avait une fonction de rassuremen de sécurisation. Elle permet du malade de ne pas transformer son angoisse en paniq Nous avons vu aussi qu'elle avait une fonction d'appel. Ce n'est que lorsque l'app est resté trop longtemps sans être entendu ou sans réponse que le malade se réfugi dans cette passivité solitaire où il s'enkyste. Avant d'en arriver là, il lui fau parfois des années d'évolution. On pourrait ainsi décrire à la passivité un pôle positif et un pôle négatif. Elle a comme en elle-même la possibilité de se transfor mer en une valeur positive. Cette ambivalence de la passivité n'est pas pour nous surprendre si l'on sait que la maladie mentale apparait le plus souvent à la fois comme une défaite et comme une défense contre l'angoisse née de conflits insurmon tés. S'il est vrai, comme nous le disions au début de cette thèse, que la passivit représente en quelque sorte un mode de guérison de la maladie mentale, il s'agit bien là d'une valeur positive de la passivité. Elle permet au malade de diminuer l'intensité de son angoisse, elle lui permet un statut social acceptable. Il s'agi d'un compromis acquis au prix d'une détérioration. Elle lui permet néanmoins une certaine souplesse, une certaine adaptation sociale. Comme tel, ce symptôme appa rait tout de même comme positif et nous insistons sur cette notion, car il nous semble que dans la thérapeutique il ne s'agira pas de lutter purement et simple -

ment contre la passivité. En la supprimant, ce qui est d'ailleurs difficile, nous ferions tomber une défense du malade et nous le précipiterions probablement dans un état pire que le premier. Comme tout symptôme, la passivité apparait comme un moyen, pour le malade, de s'exprimer, de se faire comprendre, mais, comme tout symptôme, il n'atteint pas toujours son but et il est rare qu'il soit compris.

o

o o

CHAPITRE V

ABORD PSYCHANALYTIQUE DE LA PASSIVITE

I - GENERALITES

A la différence des psychiatres qui ne s'intéressent qu'exceptionnellement à la passivité, les psychanalystes ont très souvent recours à cette notion. Le mot passivité revient fréquemment dans leurs écrits mais dans des acceptions fort différentes et à propos de multiples processus psychologiques. Il est, par contre, remarquable que la passivité ait été acceptée habituellement comme un fait s'imposant sans démonstration et qu'il était inutile d'étudier pour lui-même. D'où l'extrême rareté, à notre connaissance, des travaux à elle consacrés.

Nous verrons dans ce premier chapître quelques exemples de passivités très différentes les unes des autres, puis dans les 4 chapitres suivants nous étudierons la passivité morbide telle que nous l'avons limitée.

a) Passivité et première enfance - Passivité du schizophrène

"Le tout début de la vie est dominé par un fait primordial : l'homme en quelque sorte nait avant terme. A sa naissance son équipement neuro-physiologique n'est pas achevé. Les conséquences de cet état de choses sont considérables en ce qu'elles déterminent une dépendance et une passivité absolues du nourrisson à l'égard de sa mère (ou de toute autre personne qui la remplace) - au point que le nouveau-né, que sa venue au monde a séparé du corps de sa mère, semble néanmoins constituer dans une certaine mesure, la vie utérine." (S.NACHT) (1).

---

(1) "Instinct de mort ou instinct de vie"
Revue Française de Psychanalyste - 1956 - n°3.

Tous les analystes, à la suite de FREUD, ont insisté sur le caractère de passivité des premiers âges de la vie : l'enfant dépend entièrement de son entourage. Il s'agit d'une dépendance biologique du fait de l'immaturité neurologique de l'enfant- passivité à peine différente de celle de la vie intra-utérine, stade pré-objectal, où le Moi n'existe pas encore, et où sujet et objet se confondent, mais stade où la passivité est physiologique ; jamais pareil état ne se retrouvera par la suite, à moins d'une régression considérable. Une telle régression peut se voir en clinique dans les états schizophréniques.

La schizophrénie représente classiquement, en effet, une régression au stade oral.(1) Mais cette régression est rarement complète. Le Moi du sujet est extrêmement faible. Il refuse tout contact pour conserver son intégrité ; en effet, toute relation objectale lui apparaît menaçante. Pour lui, Moi et non-Moi se confondent et le contact réalise la dissolution du Moi dans le non-Moi. D'où la mise en place de défenses extraordinairement puissantes pour protéger le Moi contre le monde extérieur. Ces défenses vont se traduire en clinique par l'apparente indifférence, par l'autisme, par le négativisme, et par ce petit symptôme si caractéristique du schizophrène non détérioré, (c'est-à-dire dont les défenses sont efficaces) = l'ironie. (2). Ce sont les défenses seules que connaissait la clinique psychiatrique classique. Les analystes eux-mêmes ont longtemps cru que le schizophrène était incapable de transfert.

---

(1) - Cf. Mme.SECHEHAYE "Journal d'une schizophrène" et "Le Transfert dans la réalisation symbolique" - (Revue Française de Psychanalyse - 1956 - n°4)

(2) - Nous rapprocherons cette constatation du phénomène de "distance critique" décrit par HEDIGER chez l'animal sauvage chez qui "l'espace qui l'entoure jusqu'à une distance précise et mesurable semble faire corps avec lui. Si on y pénètre, on provoque fuite ou attaque". Pour MEYER-HOLZAPFEL, autre zoologue, la situation équivaut pour l'animal au fait d'être dévoré. STANTON et SCHWARTZ à CHESNUT LODGE, et RACAMIER à leur suite, observent ce même phénomène chez le schizophrène. - Chez l'adulte normal, il existe également une distance avec autrui, mais elle est souple et adaptable alors que chez le schizophrène, elle est rigide et immuable.

Actuellement on sait qu'il n'en est rien, depuis les Travaux de FEDERN, d'Anna FREUD, de FROMM-REICHMANN, de ROSEN et de Mme.SECHEHAYE, entre beaucoup d'autres. La passivité fondamentale du schizophrène n'apparaît qu'en de rares occasions, qui nous semblent se réduire à deux seulement : soit au cours d'une phase d'aggravation de la maladie (correspondant au stade terminal de KRAEPELIN), soit au cours des psychothérapies de schizophrènes. Dans le premier cas nous faisons allusion à l'état d'incurie de certains schizophrènes qui deviennent gâteux, grabataires, n'ont plus aucune activité. Il s'agit là de l'ultime régression = il ne s'agit même plus d'un stade oral car le schizophrène refuse même toute satisfaction orale (Le temps n'est pas si loin où l'on voyait dans nos hôpitaux psychiatriques des schizophrènes gâteux qu'il fallait gaver pendant des mois). On peut à peine parler de passivité et de dépendance, car il n'y a plus là aucune relation à autrui, mais plutôt recherche d'anéantissement, aspiration à rentrer dans le sein de la mère.

L'autre cas diffère nettement du premier : il ne se produit que lorsque s'établit un transfert du schizophrène sur son analyse ; tous les analystes de schizophrènes ont insisté sur l'extrême difficulté d'obtenir ce transfert, qui reste d'ailleurs longtemps fragile. En effet, devant la recherche du contact par le psychothérapeute, le schizophrène renforce son système de défense, si grande est sa crainte de la frustration. Mais une fois établi, le transfert devient extrêmement intense, vital. Mme. SECHEHAYE parle de "transfert-greffe" - SPITZ écrit "si on abandonne un schizophrène, on le tue". Dans ce transfert, le schizophrène sort de sa tour d'ivoire, sort de son refuge, et redevient petit enfant parce qu'il a trouvé une mère qui lui apporte la sécurité, réalité inconnue de lui jusqu'alors. Il s'installe alors dans une passivité tout-à-fait comparable à celle du nourrisson

Insistons sur le fait que ces deux passivités de schizophrènes sont très différentes l'une de l'autre, tant par leur signification que par le sens de leur évolution et qu'elles diffèrent également de celle que nous étudions dans cette thèse, passivité résiduelle, ou passivité névrotique ; elle est, dans ces deux derniers cas, un mode de relation à autrui, dans la dépendance, sans utilisation du temps. La passivité du schizophrène grave est recherche de la mort et refus total d'autrui, la passivité du schizophrène en cours d'analyse est tournée vers l'avenir, elle est constructive, comme celle de l'enfant. Rappelons à ce

sujet ce que dit RACAMIER sur la valeur du maternage "le désir n'apparait et ne se maintient guère qu'à la condition que le besoin ait d'abord été satisfait. On observe couramment que le nouveau-né qui n'est pas d'abord allaité de façon satisfaisante perd ou ne développe pas le désir de têter ... le maternage n'est pas seulement, pour le nourrisson, une activité gratifiante, il est aussi et d'abord une activité formatrice." Ceci est à rapprocher des travaux de SPITZ sur l'hospitalisme des enfants institutionnalisés.

Ainsi l'on peut penser que la loi démontrée par FREUD, du passage de la passivité à l'activité chez l'enfant, est en fait créée par le maternage. En son absence, la passivité n'est jamais dépassée, et le passage à l'activité ne se fait qu'incomplètement.

b) Passivité et féminité

Toute sa vie FREUD a été gêné par l'impossibilité d'assimiler passivité et féminité, et de l'opposer à masculinité-activité. Les caractéristiques de la libido masculine et féminine poussent en effet à faire cette distinction. Mais ce qui est vrai sur le plan génital ne l'est pas toujours autant sur les autres plans. Aussi FREUD ne garda-t-il cette distinction que de façon théorique et il avanca la théorie de la bisexualité (1) : par laquelle il admettait qu'il n'y a jamais masculinité pure, ni féminité pure. L'homme serait plus actif, plus viril, moins passif, moins féminin, et la femme plus passive qu'active, c'est tout. Il n'en reste pas moins que la trilogie féminité-passivité-masochisme a connu un grand succès chez la plupart des psychanalystes et qu'elle imprègne l'ouvrage d'H.DEUTSCH : "La psychologie des femmes". Nous ne discuterons pas ici de la passivité féminine car il s'agit d'un phénomène normal, et que nous bornons notre propos à l'étude de la passivité morbide.

c) Passivité et instinct érotique (2)

(La rédaction de ce chapître est directement inspirée par le rapport du Docteur BENASSY au XV° Congrès des Psychanalystes de Langue Française, duquel nous

---

(1) Voir "Trois essais sur la théorie de la sexualité" et "Malaise dans la civilisation".

(2) Cf.Rapport du Docteur BENASSY au XV° Congrès des Psychanalystes de Langue Française, publié dans la Revue Française de Psychanalyse, 1953, n°1-2 "Théorie des Instincts"

citerons de larges extraits).

Le principe de plaisir tel que le définit FREUD est le relâchement d'une tension. Or un besoin est une tension qui est relâchée par la satisfaction. Ceci amène à considérer une composante passive au plaisir. Se trouve ainsi posé le problème de savoir si l'instinct sexuel est actif ou passif. Le problème est complexe.

Lorsque FREUD écrit : "Tout instinct est une forme d'activité ; un instinct passif est un instinct dont le but est passif", il élimine ainsi la notion de passivité comme constituante de l'instinct. Dans le même article (1), il écrit plus loin : "la relation du Moi avec le monde extérieur est passive dans la mesure où il reçoit des stimuli, active quand il y réagit."

BENASSY estime qu'opposer activité à passivité est une façon d'opposer les systèmes effecteurs aux systèmes récepteurs" mais n'oublions pas, dit-il, que les systèmes récepteurs structurant les stimuli physico-chimiques sont déjà actifs" Par ailleurs, HARTMAN, KRIS et LOWENSTEIN (2) remarquent dans un article cité par BENASSY, qu'activité possède plusieurs sens. Ils ajoutent qu'on peut les distinguer en examinant les différents opposés du mot. Activité s'oppose à inactivité, à passivité, enfin aimer activement s'oppose à être aimé.

L'opposition entre aimer activement et être aimé n'est pas claire : en effet écrit BENASSY, "désirer être aimé peut être l'expression d'un désir de domination aussi bien que le désir de recevoir passivement des satisfactions".

Le problème est rendu complexe par la présence chez l'homme comme chez la femme de passivité et d'activité intimement mêlées. Nous ne pouvons mieux faire que de reprendre les conclusions du Docteur BENASSY : "Il me semble que la solution de ce problème se trouve déjà dans FREUD. L'activité, principe général, est pour

---

(1) FREUD S. "Instincts and their vicissitudes - Collected Paper IV - 60

(2) H .K.L. "Notes on the theorie of agressions" in the Psychoanalytic Study of the child, 1949, Vol.III,IV, 9, London, Imago.

lui un aspect de la tâche de maîtriser le monde extérieur. (Il serait plus exact de dire que c'est le moyen unique de le maîtriser). Il a, d'autre part, dans "Au-delà du principe de plaisir", attribué cette tâche à l'instinct destructeur qui est essentiellement motilité. L'activité (musculaire) est donc certainement identifiable à l'instinct de destruction. Il est alors logique de considérer la passivité (au sens que nous lui avons donné de réceptivité) comme identifiable à l'instinct érotique ...

Certes, nous sommes en opposition avec la phase où il affirme que chacun des deux instincts est actif. Cependant, lorsque FREUD insiste sur le fait qu'aucun des deux instincts n'existe à l'état de pureté, il nous autorise à conclure qu'aucun des deux n'existe substantiellement, car on ne peut admettre la fusion de deux instincts réels qui garderaient leur individualité. Il devient, dès lors, parfaitement légitime de définir par abstraction, dans le mélange seul observable, l'instinct destructeur comme l'élement actif, effecteur, et l'instinct érotique comme l'élément passif récepteur ...

... "L'instinct destructeur serait donc l'élément moteur de l'instinct érotique. Sans lui la libido ne peut s'actualiser explicitement.

L'instinct érotique serait donc l'élément sensitif de l'instinct destructeur. Sans lui l'instinct destructeur ne peut se diriger ni s'adapter."

Ceci met bien en évidence le rôle réceptif de la passivité (normale ici) ce qui répond au rôle d'appel que nous avions reconnu plus haut à la passivité pathologique.

d) Phases de passivité au cours des cures psychanalytiques

Nous avions eu l'attention attirée sur la possibilité d'apparition de syndrome de passivité pendant les cures psychanalytiques, par une brève remarque du Docteur BERGERET dans son intervention lors de la discussion du rapport du Docteur WALVET sur la passivité, à la journée de thérapeutique psychiatrique de Lyon, en 1959. "Ce syndrome n'est spécifique, disait-il, ni des psychoses ni non plus des chimiothérapies. Nous estimons rencontrer un syndrome identique et chez

certains névrosés, et aussi au cours de nos cures psychothérapiques ou analytiques.

Ce syndrome a en effet été souvent relaté dans la littérature analytique, mais plus fréquemment sous le nom d'état de dépendance. La plupart des auteurs insistent sur le fait que ces états surviennent dans des cas nosographiques différents. Nous avons peu trouvé de cas de publication d'états de passivité au cours des névroses pures (quand ils surviennent dans des cas, c'est à un stade souvent tardif, en retardant la liquidation du transfert.)

Le plus souvent ils apparaissent dans des cas de névroses graves prépsychotiques, border-line (STERN), névroses orales (BERGHE), psychoses latentes (FEDERN et BYCHOWSKI). Dans un article très approfondi G.R. REDING (1) écrit " l'état de dépendance débute le plus souvent par une phase de stagnation du traitement, alors que l'analyste se serait attendu, au contraire, à un défoulement des conflits oedipiens ... Cette résistance se présente sous deux formes différentes qui peuvent même alterner : la forme passive et la forme agressive". Au cours de ce même article, REDING note que ces états de dépendance surviennent de préférence pendant la phase d'analyse du narcissisme, selon la méthode de W.REICH (or il faut remarquer que cette analyse est particulièrement frustrante). On peut éviter la création de cet état en renonçant à l'analyse du narcissisme mais "nous avons le devoir de rendre l'état de dépendance <u>analysable</u>, donc nous devons accepter d'en provoquer <u>sciemment</u> l'éclosion" écrit REDING. La thérapeutique en sera une psychothérapie plus confiante, au besoin par le face à face visant à aider la reconstruction du Moi.

Nous voyons ainsi que ces phases de passivité au cours des psychothérapies analytiques créent un état voisin de la psychose en réaction à une frustration trop grande. Et ceci nous amène à envisager une hypothèse selon laquelle la passivité représenterait un mode de défense contre l'angoisse, très efficace, très économique intermédiaire entre la névrose et la psychose (ce qui apporterait une confirmation à notre impression clinique énoncée plus haut où la passivité apparaîtrait comme une phase d'évolution de la psychose vers la guérison, ou comme un mode de guérison imparfait mais préférable à la psychose).

---

(1) "Les états de dépendance en clinique psychanalytique" (in Revue Française de Psychanalyse - Tome XXI - n°4 - Janvier 1957)

II - LA PASSIVITE DANS LA CARACTEROLOGIE PSYCHANALYTIQUE

Nous ferons ici une place à la caractérologie psychanalytique car elle a un intérêt non seulement psychologique mais pathologique. En effet les diverses descriptions caractérologiques faites par les analystes l'ont été habituellement à partir de l'étude des névroses.

Les psychanalystes furent amenés à édifier cette caractérologie car le traitement analytique des malades névrotiques a montré qu'il était nécessaire de considérer de façon identique les traits de caractère du malade et ses symptômes(1). Par ailleurs, le caractère a une importance pronostique plus importante que celle des symptômes, car le déroulement de la cure va dépendre de lui en grande partie.

Il existe plusieurs types de critères pour des définitions du caractère. Le premier caractère décrit le fut par FREUD = c'est le caractère sadique anal. Il s'agissait donc d'un critère basé sur le mode de fixation de la libido - c'est la classification la plus connue. Il existe d'autres descriptions : selon la force ou la faiblesse du moi par exemple - ou le caractère obsessionnel - ou le caractère narcissique - ou bien le caractère masochique (MACHT) - ou encore en fonction de la mobilité des investissements de la libido.

Nous n'envisagerons ici que le caractère ayant une composante passive importante.

Le premier en date et en importance est le caractère anal. FREUD en 19 mit en évidence la triade ponctualité-parcimonie-entêtement dans une constellation de traits de caractère correspondant à la fixation de la libido au stade anal. Il apparaissait notamment que l'argent jouait dans ce cas le même rôle pour l'adulte que les matières fécales pour l'enfant qu'il avait été (objet de jouissance que l retient pour soi le plus longtemps possible). Ce caractère fut retrouvé dans la névrose obsessionnelle, chez les homosexuels passifs, et plus tard dans la psycho

---

(1) DIATKINE et FAVREAU "Le caractère névrotique" - Rapport du XVIII°Congrès de Psychanalyse - paru dans la Revue Française de Psychanalyse, 1956, Tome XX, n°1 - 2 .

maniaco-dépressive. Les sujets qui ont un caractère anal sont habituellement renfer
més, têtus, avares, peu productifs. Leur passivité comporte une composante agressiv
elle est volontiers hostile et méfiante.

ABRAHAM décrivit ensuite d'autres types de caractères et en particulier le caractère réceptif oral qui correspond au premier stade de la phase orale, c'est à-dire au stade de la succion ; c'est, nous semble-t-il, le caractère passif par excellence. Dans le cas de sublimation réussie les sujets sont confiants, optimiste attendent tout d'autrui, nonchalants. S'ils sont frustrés, ils deviennent pessimist Dans les deux cas ils ont besoin d'être entourés et dirigés par autrui. Ils support-tent très mal la solitude. La seconde phase du stade oral correspond à la période d la morsure : les sujets ne sont pas passifs, mais agressifs, volontaires, actifs.

ABRAHAM décrivit aussi un caractère phallique, puis FREUD et FERENCZI et surtout JONES, un caractère uréthral. Ces cinq caractères ont en commun d'être narcissiques.

Seul le caractère génital (ABRAHAM) est un caractère parvenu à maturité et équilibre.

Raymond de SAUSSURE par ailleurs, étudie les caractères réactionnels et les classe en fonction de l'obéissance ou de la révolte.

En outre, on trouve une composante passive, tant dans le caractère obsessionnel, que dans le caractère hystérique.

Il ressort finalement d'une recherche de la passivité dans les divers caractères décrits, qu'on la trouve très fréquemment, mais qu'elle est rarement au premier plan. Elle est souvent négligée au profit de traits de caractère plus saillants (sauf peut-être dans les deux stades du caractère oral où elle permet en partie de les distinguer l'un de l'autre.)

Il y a peut être là une lacune que l'on peut regretter. En effet, la passivité ou l'activité peuvent apparaître comme caractéristiques du mode de réac-

tion du Moi face aux sollicitations du monde extérieur, et surtout face aux difficultés, et l'on pourrait tenir compte de ce facteur dans la conduite de la cure psychanalytique.

III - PASSIVITE, AGRESSIVITE et SENTIMENT D'INSECURITE

Quiconque s'intéresse à la passivité chez le malade mental est rapidement frappé par le balancement qui s'établit souvent en clinique entre la passivité et l'agressivité. Il peut y avoir, soit alternance entre phases passives et agressives, soit plus souvent de brusques explosions d'agressivité sur un fond de passivité habituelle, soit un intime mélange des deux, la passivité apparaissant alors comme ayant une signification agressive.

Les auteurs psychanalytiques ont bien étudié ce couple passivité-agressivité, mais les opinions divergent quant à l'antériorité de l'un de ces symptômes sur l'autre. FREUD le premier insista sur l'importance de l'agressivité utilisée comme moyen de défense contre la passivité (analyse du P.SCHREBER). BERGLER reprit ce point de vue dans plusieurs articles sur la névrose obsessionnelle - il estime que les difficultés de l'allaitement, et plus tard, l'éducation des sphincters, constituent des expériences de passivité imposée, amenant à une tendance masochique contre laquelle le Moi de l'obsédé élève son agressivité comme défense. Il semble que ce soit également l'opinion de G.GUEIX au sujet de l'angoisse d'abandon.

Par contre, LECHAT estime que la passivité constitue une défense contre l'agressivité qui apparaît comme désécurisante.

Sans prendre parti dans une telle discussion, nous pouvons en tout cas remarquer que passivité et agressivité paraissent étroitement liées. Il semble qu'une tension dialectique s'établisse entre ces deux pôles, qui acquièrent, de ce fait, une signification très voisine.

Elles sont en fait, deux modes de réaction du Moi, deux modes de défense contre l'angoisse d'insécurité. Elles ne sont pas opposées (c'est l'activi

ou la puissance, qui s'oppose à la passivité), mais au contraire, étrangement semblables. L'on a pu plaisamment dire au psychanalyste que sa tâche était facile = il n'a qu'à comprendre le contraire de ce qu'exprime son patient. On pourrait appliquer cette boutade ici : si le malade est passif, c'est qu'il est agressif. Oui, mais il n'est en tout cas pas actif.

La passivité est un moyen de s'assurer la bienveillance de l'objet. Elle apparait sécurisante ; devant la crainte d'être frustré, le sujet refoule son agressivité qui risquerait d'éloigner l'objet et préfère choisir la passivité ; la situation de dépendance donne droit à la protection.

Le développement d'une attitude de passivité est habituellement en rapport avec la présence d'une mauvaise mère. Soit qu'il s'agisse d'une mère abandonneuse, l'enfant devient alors craintif, le monde extérieur lui apparaît menaçant le sujet redoute de l'affronter. C'est chez les abandonniques que l'intrication entre la passivité, et l'agressivité est la plus évidente. L'abandonnique est passif pour obliger autrui à le prendre en charge, dans une quête désespérée d'affection - "L'angoissé de l'abandon est un névrosé demeuré fixé au stade de dépendance à l'égard de la mère. Chez lui toute la force instinctuelle et affective semble drainée dans un seul sens, être dirigée par une seule nécessité : s'assurer l'amour et par là maintenir la sécurité" (G.GUEIX) - L'abandonnique est passif parce qu'il a conscience de sa réelle incapacité à agir librement. Mais en outre, il use de sa passivité pour peser sur autrui, pour avoir barre sur lui, et même pour se venger de lui : "vois ce que je suis devenu - vois ce que tu as fait de moi". La proposition peut être retournée : l'agressivité de l'abandonnique a le même sens, elle est recherche d'amour, et elle est aspiration à la passivité. C'est ce que G.GUEIX appelle "la mise à l'épreuve pour faire la preuve" = l'abandonnique qui a trouvé un objet valable cherche à éprouver cet amour pour voir jusqu'où il ira. Mais son besoin d'amour est infini, et le combler est difficile.

La passivité créée par une mère surprotectrice est plus pure. L'agressivité est presque complètement refoulée ; elle n'apparait qu'en de rares occasions. La mère surprotectrice crée en effet, d'emblée, un état de dépendance qui sera le seul mode de relation du nourrisson avec le monde. L'internalisation de la mère et la

formation du sur-moi aura tôt fait de créer un sentiment de culpabilité en cas d'aspiration à l'indépendance. Toute tentative d'émancipation sera réprimée, d'abord par la mère elle-même, puis par le sur-moi. L'agressivité née de cette situation provoquera un sentiment d'insécurité, générateur à son tour d'un besoin de dépendance, et ainsi se ferme le cercle vicieux. LECHAT attribue l'angoisse à la conjonction sentiment d'insécurité et sentiment d'impuissance. C'est exactement le genre de situation que crée une mère hyperprotectrice, d'où la dépendance affective. La passivité est le contraire du cannibalisme.

La même chose se passe au moment de l'éducation des sphincters : l'enfant qui voyait la mère se réjouir devant ses fèces, la voit tout-à-coup se fâcher devant ce qui la réjouissait autrefois. Il apprend alors à ne livrer ses fèces que sur commande(1). Il attend la permission. Plus tard, devenu adulte, la même inquiètude à agir se retrouvera. Sans feu-vert, sans permission, il n'agira pas et fuira toute initiative .

Notons que la passivité peut être trompeuse ; par sa vertu permissive, elle peut servir d'alibi. Sous couvert d'obéissance passive, certains individus donnent libre cours à leur sadisme, à leur cruauté - EICHMANN, devant ses Juges, disait pour sa défense "j'obéissais, je n'étais qu'un exécutant, je n'ai pas de responsabilité". Et combien d'employés tâtillons s'appuient sur le réglement pour brimer les autres, par une interprétation mesquine et volontairement limitative des textes. Leur Sur-Moi se satisfait,sans doute,d'un si piètre camouflage de leur agressivité.

IV - PASSIVITE, FAIBLESSE DU MOI et RELATION D'OBJET

C'est probablement un truisme que de dire que le Moi du passif malade mental est faible et que sa relation d'objet est insuffisante. C'est l'évidence même pour la passivité du psychotique, ce l'est peut-être un peu moins pour la

---

(1) -"Mon adjudant, j'ai l'honneur de vous rendre compte de ce que je chie comme vous voudrez; je chie aux ordres" (Bertold BRECHT "Le Soldat SCHWEYK dans la seconde guerre mondiale")

passivité du névrotique.

L'appréciation de la force ou de la faiblesse du Moi n'est pas facile et malgré l'importance de la littérature qui lui est consacrée, les critères en restent très intuitifs et subjectifs (1). Il semble cependant qu'il nous faille séparer la passivité névrotique et la passivité psychotique ou post-psychotique. La passivité névrotique qui, rappelons-le, peut se voir chez le psychasthénique, chez l'alcoolique, chez le phobique, plus rarement chez l'obsédé, et presque toujours chez le névrotique post-traumatique, peut survenir sur un Moi relativement fort. Nous avons vu qu'elle représentait un mode de défense du Moi contre son agressivité, réponse à la frustration ou à la peur de la frustration. Cliniquement, la passivité névrotique apparait primitive, elle sous-tend la maladie. Elle permet une relation objectale imparfaite mais réelle.

La passivité du psychotique est différente (rappelons que nous éliminons de notre étude la passivité des grands syndromes psychiatriques, tels que la mélancolie et la catatonie, où le Moi ne se distingue qu'à peine du non-moi). Elle apparait comme une forme de guérison, ou comme une étape vers la guérison. Le malade n'avait pu établir de relation objectale qu'à travers le symptôme , ultime solution de rattrapage, dernière défense devant l'angoisse ; or la thérapeutique psychiatrique s'attaque au symptôme - le malade va donc être amené à y renoncer - mais ce faisant, il risque de retrouver son angoisse. C'est alors que la passivité lui permet d'établir une nouvelle relation objectale moins pathologique, mais pas encore normale. Par la dépendance qu'elle comporte, on peut dire que la relation d'objet s'établit à distance, pour reprendre une formule de BOUVET. Il s'agit en quelque sorte d'une relation verticale de protecteur à protégé, permettant d'éviter la relation horizontale d'égal à égal qui est moins sécurisante, car elle laisse l'individu seul. Il y a donc aménagement de sa relation objectale. Mais cette solution implique que le Moi ait été renforcé par la thérapeutique, faute de quoi l'abrasion du symptôme aurait provoqué l'envahissement du Moi par l'angoisse. C'est en quelque sorte une passivité apprise, la découverte d'un nouveau mode de relation. Les neuroleptiques interviennent en établissant une passivité imposée dont le malade découvre la valeur économiq

(1) Voir par exemple l'article de NACHT dans la Revue Française de Psychanalyse de Janvier-Juin 1955 "Indications et contre-indications de la Psychanalyse".

C'est en ce sens que l'on peut dire qu'il y a névrotisation des psychoses.

V - INSTINCT DE VIE OU INSTINCT DE MORT ?

Pour FREUD, l'instinct de mort serait lié à l'activité ; au contraire, l'instinct de vie serait l'aspiration au relâchement des tensions. Ainsi la passivité, vue comme réceptivité et repos, participerait à l'instinct de vie.

Pourtant sa composante d'inertie, de retrait, fait penser qu'elle pourrait être également une aspiration à l'immobilité totale, à l'anéantissement.

Sur le plan biologique, FREUD estimait que l'activité entraînait le catabolisme , donc la destruction. Ceci est, bien entendu, confirmé de nos jours, mais les découvertes modernes, en particulier celles de LABORIT, montrèrent que le catabolisme représente au niveau de la cellule un processus passif : il y a dépolarisation et tendance à l'équilibre ionique, "l'équilibre c'est la mort". Ainsi le catabolisme a-t-il un double aspect : passif quant à la cellule, mais producteur de mouvement sur le plan du muscle. Au contraire, l'anabolisme est un processus actif mais qui se produit pendant le repos.

Cette ambiguité reproduit celle de la clinique où l'on assiste à ce fait que l'activité, qui est une manifestation de la vie, a une fonction destructrice.

Cette même ambivalence se retrouve au niveau de la passivité. Nous avons vu qu'elle est sécurisante, et qu'elle a en même temps, une fonction d'appel, mais elle peut dépasser son but et tendre alors vers la mort (dans la passivité du schizophrène par exemple, ou dans celle du dément sénile). De même que le catabolisme est la tendance à l'équilibre, de même le passif tend à faire corps avec l'ambiance, à se confondre avec le milieu. Il perd son individualité, il n'est qu'un élément d'une foule, il n'existe plus en tant que personne. La passivité est pour lui une petite mort, et pourtant, paradoxalement, elle lui permet de survivre.

VI – LE MALADE PASSIF VU A TRAVERS LE TEST DE ROSENZWEIG

Nous avons eu l'idée d'étudier le comportement du malade passif devant la frustration.

Pour cela nous avons testé, au moyen du test de ROSENZWEIG, 26 malades passifs et 14 malades non-passifs, hospitalisés à l'Hôpital du Vinatier. (Nous remercions Mr.Van der STEGEN, Psychologue, qui nous a beaucoup aidé dans ce travail). Nous avons comparé ces deux groupes entre eux et aux normaux.

Or, nous avons constaté :

1) Que les passifs ont des réponses OD (blocage devant la frustration) et NP (réponses indiquant une recherche de solution) plus élevées que chez les normaux. Au contraire, les réponses ED (attaque de la situation frustrante) et GCR (indice de conformité au groupe) sont plus faibles que chez les normaux.

Nous pouvons en conclure que le passif se bloque devant la frustration et ne l'affronte pas, ce qui correspond à l'impression clinique. La réponse NP est plus surprenante : nous pouvons y voir la fuite du passif devant sa propre agressivité, par la recherche d'une solution magique.

2) Chez les malades mentaux non passifs, on ne retrouve pas l'augmentation des vecteurs OD; ils sont donc moins bloqués sur la frustration.

3) Les passifs ont moins de réponses M (réponses impunitives, neutres) et de réponses ED (affrontement de la situation) et GCR, que les non-passifs. Ils n'ont plus de réponses OD et I (culpabilité, mais niée par le sujet). L'on peut remarquer spécialement cette dernière réponse qui correspond à la fuite devant l'agressivité qui leur apparaît culpabilisante = or ils ne peuvent pas supporter cette culpabilité et ils cherchent à la projeter sur les circonstances et sur autrui (réponses I).

4) Si l'on compare les malades passifs entre eux, on constate que les réponses sont moins bonnes chez les psychotiques que chez les névrotiques, à une exception près, mais assez intéressante : ce sont les malades faisant partie du groupe

des psychoses vieillies ', où la passivité apparaît à l'état pur, que l'indice de conformité au groupe est le plus proche de la normale, ce qui semble témoigner d'une sociabilité retrouvée à l'intérieur de la néo société asilaire.

o

o o

C H A P I T R E VI

PASSIVITE et NEUROLEPTIQUES

Lorsqu'il y a deux ans le Dr.BALVET présentait un rapport sur la passivité, il l'avait intitulé "les comportements de passivité au cours de la chimiothérapie des psychoses". C'est dire qu'il allait de soi que la passivité était liée aux neuroleptiques. Depuis, les idées ont progressé et l'on s'est aperçu que la passivité pouvait exister en dehors de tout traitement neuroleptique. Mais il n'en reste pas moins que ces derniers ont une action inhibitrice indiscutable.

Nous décrirons succintement les syndromes neuroleptiques, vus sous l'angle de la passivité. Puis nous les comparerons à la passivité que nous avons étudiée au cours de cette thèse. Enfin, nous présenterons quelques hypothèses sur cette genèse de la passivité sous chimiothérapie.

I - Les syndromes neuroleptiques

1) Le syndrome d'imprégnation : connu dès les premiers travaux sur les neuroleptiques et bien décrit par DELAY et DENIKER, et par l'équipe du Vinatier. Il évolue en trois stades : un premier stade de somnolence simple, avec augmentation de l'onirisme, stade bref n'excédant pas une à deux semaines. Le deuxième stade est caractérisé par un ralentissement psychomoteur, par une sensation de lassitude, (objectivée par des troubles du fonctionnement neuro-musculaire), par de l'apathie avec neutralité affective et par une diminution de l'idéation. Habituellement ces manifestations s'atténuent ou disparaissent et c'est le troisième stade. Rappelons également que le phénomène inverse se rencontre également : certains malades deviennent de plus en plus sensibles aux neuroleptiques, à mesure qu'ils guérissent.

2) Le syndrome extrapyramidal fit l'objet de nombreux travaux.

On peut lui distinguer 3 composantes :

- Le syndrome akinétique : le plus proche de la passivité, avec son aminie son aspect figé, la perte des syncinésies, le ralentissement des mouve - ments, la sensation d'engourdissement.

- Le syndrome akinéto-hypertonique : très proche de la maladie de Parkinso qui associe à la rigidité un tremblement plus ou moins intense.

- Enfin, on peut voir des crises plus impressionnantes que graves d'hyper- tonie avec contractures, surtout des muscles péri-buccaux, protrusion de la langue, grimaces, opisthotonos.

Rappelons que LAMBERT et ses Collaborateurs ont classé les neuroleptique en un tableau allant de la Lévonépromazine, à la Thiopropérazine selon leurs effets secondaires : la Lévonépromazine étant celui qui donne le plus de somnolence, d'as- thénie, d'hypotension, alors que la Thiopropérazine donne surtout des accidents extra-pyramidaux.

De nombreux auteurs ont insisté sur le retentissement psychique de ces médicaments : DESHAIES par exemple décrivait avec la Chlorpromazine un syndrome fait de : aboulie, aspontanéité, aprosexie et apathie ; et le syndrome suivant avec la Réserpine : paresthésie, asthénie, nervosité, apathie. LE GUILLANT insistait sur la torpeur, la perte de l'initiative des malades sous neuroleptiques. FOUKS souli - gnait que ses patients n'avaient plus goût à la vie, ils étaient atones, indiffé - rents.

Nous ne pouvons nier la réalité de tels faits. Il est indiscutable que les neuroleptiques provoquent un ralentissement général psychique et moteur ; mais il semble que ce ralentissement soit surtout d'ordre neuro-musculaire. DUC insistai sur le fait que sous un aspect hébété, la plupart des malades ont une activité psy chique intégralement conservée. Le syndrome neuroleptique régresse habituellement assez vite lorsqu'on arrête le traitement, or la passivité demeure.

II - Comparaison entre la passivité et le syndrome neuroleptique

Ce parallèle n'est pas facile à établir et il repose sur des nuances. Nous avons défini la passivité essentiellement par son contenu : dépendance, agressivité, non utilisation du temps ; la baisse de l'activité n'en était qu'un élément inconstant. Or, c'est au contraire, le fléchissement de l'activité, ce ralentissement de la vie psychique, qui est le phénomène essentiel du syndrome neuroleptique. Il est vrai que la soumission et l'approbativité des malades sous chimiothérapie est bien à rapporter à la passivité.

Cliniquement d'ailleurs, le passage se fait insensiblement du syndrome neuroleptique au syndrome de passivité. C'est ce qui explique qu'on ait pu les identifier l'un à l'autre. Mais nous avons vu que la passivité a de multiples causes et que les neuroleptiques ne sont qu'une cause parmi d'autres.

III - Comment les neuroleptiques favorisent-ils la passivité ?

Nous espérons avoir montré tout au long de ce travail qu'ils n'en sont pas la cause directe puisqu'elle existe en dehors d'eux.

Le Dr.BALVET avait soulevé l'hypothèse d'une "abrasion des symptômes" par le neuroleptique, abrasion qui révèlerait une passivité antérieure sous-jacente. Cette hypothèse serait confirmée par les cas où la passivité apparue en cours de traitement, disparaîtrait par la poursuite de la cure. Or ces cas existent et nous en connaissons tous.

Le Dr.BALVET proposait une troisième théorie, "qui à la fois contienne et nie les deux précédentes" : c'est la théorie de l'exacerbation. Les neuroleptiques provoqueraient l'exacerbation d'une passivité latente jusque là.

Nous pourrions l'interpréter comme une expérience passive primaire : les neuroleptiques, en même temps qu'ils guérissent la maladie mentale, inscrivent le malade dans une "forme passive". Si la maladie représente réellement pour le

sujet un mode de solution à l'angoisse née de conflits irrésolus, les médicaments lui permettent d'y substituer un autre mode de défense. Or cette défense comporte de nombreux éléments d'ordre très divers : d'abord il y a une sorte de somatisation (les incidents neuroleptiques). En outre, du moins en milieu hospitalier, les médicaments n'agissent pas seuls : le contexte (l'hôpital, le médecin, les infirmiers, la séparation du milieu familial et professionel) joue également un rôle, et ce rôle est d'établir le malade dans une situation de dépendance. Il est réellement mis dans la situation d'un enfant. Les neuroleptiques interviennent dans le même sens - le malade vit une expérience de passivité imposée.

Ainsi, mis en situation de dépendance, et sécurisé par ailleurs, le malade est rendu capable de renoncer à sa maladie. Mais il est tout naturellement amené à chercher la solution dans le recours à la passivité. Il serait intéressant de rechercher si les patients qui se laissent aller à la passivité ont eu dans leur enfance des situations du même genre. Les quelques malades que nous avons pu étudier à fond nous incitent à le penser. Mais notre expérience est trop restreinte.

C'est peut être parce que le médicament est lié à cette expérience de l'asile que le malade le tolère souvent si mal à la sortie. On est en effet surpris par le fait que des malades qui supportaient sans gêne d'assez fortes doses se trouvent gênés par des doses pourtant bien inférieures lorsqu'ils sont dehors. Ce n'est pas simplement parce que la vie à l'extérieur est plus rapide ou plus difficile. Le malade refuse le traitement parce qu'il est le signe de sa dépendance. Il semble que ceci se produise surtout chez les malades non passifs ; les passifs s'accomodent mieux de doses plus élevées.

Pour terminer ce chapitre, nous voudrions rappeler l'expérience de FOLIN qui nous parait démonstrative (parue dans le numéro de Mai 1961 dans les Annales Médico-Psychologiques) dans un pavillon de chroniques de l'Hôpital de Ville-Evrard, toutes les potions de Largactil furent remplacées par des placébos pendant 9 mois. Malades et infirmiers ne le savaient pas. Pendant ce temps, les activités du groupe, les psychothérapies et l'ergothérapie continuaient. Insistons sur le fait qu'il s'agissait d'un pavillon de malades chroniques, qui ne recevait pas d'entrants.

Or, à part un seul cas, il n'y eut aucune aggravation - l'atmosphère du pavillon ne fut pas modifiée : 50 % des malades s'améliorèrent légèrement - 50 % demeurèrent dans le même état.

Nous pensons que cette expérience peut être interprétée ainsi : les malades avaient été, en quelque sorte, conditionnés par leurs thérapeutiques antérieures, et restant apparemment dans les mêmes conditions, ils gardaient les mêmes réactions. Leur passivité n'était plus en rapport avec la valeur chimique du médicament mais avec sa valeur magique.

o

o o

C H A P I T R E V I I

ELEMENTS DE THERAPEUTIQUE

Il n'existe pas de moyen simple de lutter contre la passivité, et comme toujours en psychiatrie, il nous sera plus facile de suggérer quelques règles de conduite négatives que d'en proposer de positives.

I° CHIMIOTHERAPIE

- Maniement des neuroleptiques

Le problème est de savoir si l'action antipsychotique du médicament est liée à son action catatonigène. Faut-il aller jusqu'à l'obtention du syndrome d'imprégnation, voire jusqu'au syndrome extrapyramidal ?

Certains auteurs ont préconisé cette méthode. Il semble d'ailleurs qu'elle soit un peu moins en faveur actuellement. On peut également éprouver la limite de tolérance des malades en augmentant les doses jusqu'à obtenir les premiers troubles extrapyramidaux, puis diminuer ces doses légèrement pour obtenir l'effet maximum en évitant les incidents.

D'autres auteurs préconisent l'emploi de doses moins fortes, estimant que l'effet se produit aussi bien avec des doses moyennes qu'avec des doses très fortes.

Nous pensons, quant à nous, que l'emploi de doses fortes entraînant un syndrome neuroleptique ne peut se justifier que pendant un temps assez court = outre les états dépressifs secondaires, il faut craindre en effet que le syndrome d'imprégnation ne constitue une expérience passive primaire qui frayerait la voie à une passivité résiduelle.

Il ne faut pas oublier cependant que certaines passivités constituent une étape transitoire sur la voie de la guérison, étape que le malade peut franchir avec l'aide du traitement. Il faut alors savoir ne pas s'inquiéter et continuer les neuroleptiques. De même, dans les cas où la passivité représente le symptôme essentiel, il faut savoir qu'il a valeur de symptôme morbide et qu'il doit être traité comme tel.

- Les correcteurs

Ce sont essentiellement les anti-parkinsonniens de synthèse dont les plus utilisés sont le Trihexyphénidyle (Artan), et le chlorhydrate d'Orphénadrine (Disipal), qui agissent essentiellement sur les troubles extrapyramidaux. L'Orphénadrine est en outre douée de propriétés euphorisantes et quelque peu psychostimulantes qui permettent d'éviter au malade le poids du syndrome d'imprégnation. A ce titre ils rendent d'indiscutables services et tout traitement neuroleptique prolongé nécessite leur emploi.

Quelques auteurs ont proposé également les vitamines du groupe B, et la vitamine C.

- Les psychoanaleptiques

Suivant la classification de DELAY, les psychoanaleptiques se divisent en deux groupes : les psychotoniques qui agissent essentiellement sur l'activité intellectuelle, et les thymoleptiques qui modifient l'humeur et l'affectivité.

Ils peuvent apporter une aide précieuse dans le traitement de la passivité. Ils n'agissent pas sur le syndrome neuroleptique mais sur l'état mental lui-même.

• Les psychotoniques : les plus utilisés sont le Phénidylate (Ritaline), le Chlorydrate de Pipradol (Mératran) et le Phacétopérane ou (Lidépran). Ils agissent en diminuant les inhibitions, en augmentant et en facilitant l'activité (par augmentation de la capacité de travail, de l'énergie, du tonus vital), enfin dans le domaine intellectuel, ils facilitent l'idéation, l'attention, la concentration intellectuelle. Ils permettent ainsi une augmentation de relations interpersonnelles

et des échanges. Au cours des psychothérapies, ils facilitent l'expression verbale.

Leurs inconvénients sont minimes : ils peuvent cependant provoquer de l'insomnie, une sub-excitation, de l'anxiété, quelques troubles striés. Chez les malades passifs, ils peuvent parfois libérer l'agressivité (ce qui peut d'ailleurs, dans certains cas, être un apport positif).

Ils seront donc spécialement indiqués chez les passifs inactifs, apragmatiques, et en particulier chez les schizophrènes. Leur action est également efficace chez certains névrotiques, quand l'anxiété est faible.

- Les thymoleptiques : qui agissent sur les troubles de l'humeur et plus particulièrement sur les troubles dépressifs.

Ils comprennent deux sortes de corps : l'Imipramine (Tofranil) et le 7 162 R.P. (Surmontil) d'une part, l'Iproniazide (Marsilid), l'Isocarboxazid (Marplan) et la Nialamide (Niamide) d'autre part, ces derniers ayant le point commun d'être des inhibiteurs de la Mono-Amine-Oxydase.

Le premier groupe a été employé surtout dans les syndromes dépressifs et nous n'avons pas connaissance qu'il ait été utilisé pour les syndromes de passivité. Il peut cependant être précieux dans les passivités symptômatiques ou séquellaires d'une dépression à forme asthénique.

Par contre, le groupe des inhibiteurs de la M.A.O. a déjà été utilisé pour lutter contre la passivité, avec des résultats intéressants, bien que leur action soit surtout nette dans les états dépressifs. Tous trois ont en effet, une action sur l'activité, augmentant le goût de l'action, des contacts humains ; ils lèvent un certain nombre d'inhibitions et favorisent le dynamisme vital. Ils peuvent donner des accidents neurologiques, cardio-vasculaires et hépatiques, mais aussi des accidents psychiques : inversion d'humeur et passage à l'hypomanie, et surtout réviviscence de délires anciens et flambées psychotiques. Certains auteurs utilisent sciemment ces accidents pour "réactiver" des psychotiques devenus chroniques et passifs, chez qui le délire s'enkyste et devient inattaquable. Les thymoleptiques en réactivant la maladie, la rendent plus vulnérable aux neuroleptiques.

En conclusion, nous dirons que psychotoniques et thymoloptiques agissent mieux sur les passivités d'apparition récente, ou succèdant immédiatement à un épisode psychotique que sur les passivités anciennes. Il ne faut pas trop en attendre. Néanmoins ils nous paraissent intéressants surtout dans la mesure où ils rendent le malade plus accessible à une psychothérapie, en facilitant le contact et les échanges. Il n'est pas tellement surprenant que la passivité soit peu accessible aux traitements. Elle représente pour le malade sa dernière défense contre l'angoisse = aussi n'y renonce-t-il pas facilement. Pour qu'il puisse le faire, il faut que d'autres éléments entrent en jeu.

II - SOCIOTHERAPIE

Nous avons vu que la passivité n'est pas un phénomène isolé, mais que les structures et l'environnement jouent un rôle dans sa genèse.

Depuis la fin de la dernière guerre, a eu lieu ce qu'on peut appeler la première révolution des hôpitaux psychiatriques : disparition presque totale de l'agitation, ouverture des portes, ergothérapie, etc... Toutes les méthodes utilisée chimiothérapiques et sociothérapiques, ont amené à de nouvelles structures. C'est à l'intérieur et à l'abri de ces dernières que se développe la passivité.

Il ne faut pas s'illusionner sur la valeur des nouvelles structures. Bien des problèmes se posent encore, qui peuvent créer ou aggraver la tendance à la passivité :

- La trop grande concentration : pavillons de 150 à 300 malades, dortoirs immenses, difficulté pour les malades d'avoir des affaires personnelles. Si heureusement l'uniforme tend à disparaître, le problème vestimentaire est loin d'être résolu: les vêtements sont interchangeables, et tel malade porte aujourd'hui le veston qu'un autre portait hier.

- L'uniformité :

  L'uniformité des lieux : les murs ont tous la même couleur, les habits ont tous la même teinte. L'uniformité du temps, les jours qui passent se ressemblent tous.

Uniformité même du travail dans les ateliers d'ergothérapie . La personnalité du malade se dissout dans cette monotonie.

- L'anonymat : des malades peuvent passer plusieurs mois ensemble dans la même chambre sans savoir leur nom réciproque ni celui des infirmiers. Les rapports devinrent des rapports de Fonction : " l'infirmier", "l'interne", le "médecin-chef" et non Monsieur un tel, Mademoiselle une telle.

Ainsi dans l'asile, les rapports ne sont pas d'une personne à une autre personne, mais d'une fonction à une autre fonction.

- Un autre facteur apparaît : l'inactivité des malades. Certes, ont pratiquement disparu ces salles où les malades sont alignés le long des murs, se balancent d'avant en arrière. Mais cependant si l'on compare l'activité d'une ménagère dans sa maison et celle d'une malade même "bonne travailleuse", on est frappé de cette énorme différence. Le problème est encore plus criant pour les hommes. Les malades ne prennent pas part à l'organisation du travail, ce sont les organismes d'ergothérapie qui distribuent le travail, les malades sont seulement assis à leur place, on leur porte le travail à faire, on l'enlève quand il est fini - pas d'activités ménagères : cuisine, lavages, tout est organisé par les infirmières.

Tout est stéréotypé : les heures des repas, l'heure du coucher, aucune place à la fantaisie.

- Inactivité et surtout irresponsabilité : quelqu'un d'autre prend en charge sa vie. A l'entrée, le malade doit déposer ses clefs, ses papiers, qui seront déposés à la Tutelle, quelqu'un d'autre administre ses biens à sa place, un autre décide de sa sortie, décide ce qu'il est normal et pathologique de penser et de ressentir. Le malade mental est jugé irresponsable de ses actes (articles 64 du Code Pénal).On le traite alors en irresponsable - les structures sont faites dans cette perspective.

En fait, toutes les structures hospitalières doivent maintenant être repensées en fonction de la repersonnalisation des malades et axées sur la psychothérapi

La notion essentielle qui prédominera sera certainement le petit groupe. Nous avons vu dans l'observation de Melle.ME... la différence étonnante de comportement de cette malade perdue dans la masse informe d'un grand pavillon ou dans un groupe de 5 ou 6 malades.

A ces nouvelles structures s'oppose certes l'architecture actuelle. Il est quasiment impossible de diviser des pavillons de 150 malades en 2 ou 3 pavillons autonomes - et que dire des blocs de 300 malades.

La réfection des vieux pavillons montre bien qu'en dépit de grands efforts on ne peut jamais faire qu'une très belle caserne. On ne peut que regretter que la solidité des murs ne les empêche de s'écrouler tout seuls.

Faut-il engloutir des centaines de millions dans la réfection des vieux services ? Certes, il ne s'agit ici que de poser le problème et non de le résoudre.

L'organisation de l'ergothérapie elle-même, est à repenser en fonction de la nécessité de petits groupes qui permettent au malade de retrouver sa personnalité. Quel sens ont nos ateliers de 35 à 50 malades avec une seule infirmière-monitrice qui risque de devenir une contre-maitresse. D'autre part, la nature même du travail doit être repensée. Trop souvent le travail d'ergothérapie reste loin des réalités de la vie quotidienne. Des malades feront tout le jour des fleurs en plastique ou des bouchons, mais ne sauront pas recoudre leurs robes ou leurs boutons, ni faire la cuisine.

D'ailleurs c'est non seulement la structure de l'hôpital psychiatrique qu'il faut repenser mais la structure de l'Assistance Psychiatrique extra-hospitalière. Jusqu'à présent la seule structure organisée était l'hôpital. Or, celui-ci est organisé comme si, pour le malade, plus aucune vie n'existait au-delà des murs.

On arrive ainsi à la conception de l'Asile village, avec place, boutiques multiples, etc... organisation d'une société où le malade n'est plus citoyen mais sujet. Certes, cela ne veut pas dire que certaines de ces structures ne soient pas nécessaires à un moment donné mais elles ne sauraient résumer les besoins.

Nous savons tous qu'après un certain laps de temps, la sortie devient très difficile - la rupture entre la vie sociale et la vie asilaire doit être réduite le plus possible, d'où la nécessité de développer la psychiatrie de dispensaire, de créer des hôpitaux de jour, de nuit, où les malades n'alièneront pas la totalité de leur être.

De même pour les malades sortant de l'hôpital, bien des structures intermédiaires sont nécessaires. Il devient banal d'évoquer la nécessité de foyers de post-cure par petits groupes : 10, 15 malades au maximun et d'ateliers protégés.

Il faut progressivement amener le malade à se prendre en charge lui-même. N'oublions jamais que la passivité signifie besoin de sécurité, appel à la protection. Si une bonne intégration à l'Hôpital Psychiatrique est déjà un progrès, cependant nous ne devons en aucun cas nous en satisfaire à bon compte, mais bien avoir présent à l'esprit, qu'en fait, il s'agit là d'un demi échec.

III - LA PSYCHOTHERAPIE

La psychothérapie pourra peut-être permettre de franchir la dernière étape et de transformer ce demi échec en succès. Nous entendons par psychothérapie, non seulement les entretiens entre le Médecin et le Malade, mais aussi l'attitude de l'équipe soignante.

Il est d'abord deux réactions qui doivent être évitées et qui pourtant sont spontanément adoptées dans bien des cas = la première est de répondre à la passivité du malade par une égale passivité. On oublie le malade qui cherche à se faire oublier. Le danger est de se dire " ce malade est un passif" = et de voir la passivité comme une composante de son caractère, donc inéluctable, et incurable, alors qu'elle est un symptôme comme un autre - comme la maladie, elle est une défense, et elle a une signification. Aussi, faut-il la traiter comme telle. L'attitude d'oubli est l'analogue de celle de la mère abandonneuse. Aussi concourt-elle à renforcer la passivité du malade, surtout si celui-ci a connu dans son enfance une angoisse d'abandon. Une telle conduite n'est malheureusement pas rare dans nos hôpitaux

surchargés, où la tentation est grande de "laisser tranquilles" ces malades qui ne posent pas de problème et trouvent leur sécurité dans l'anonymat.

Opposée, mais tout aussi nuisible, est l'attitude invigorante. Lorsque le thérapeute est actif, il est tenté de "secouer" ces malades, de les houspiller, de les forcer à travailler, de les faire sortir de force. Mais il se transforme ainsi en oppresseur. Dans le meilleur des cas, il prend en charge le destin du malade, le conseille, le dirige, mobilise l'Assistante Sociale pour lui trouver travail ou logement, convoque la famille, la conseille, bref il organise et réglemente tout. Il arrive que le malade, heureux d'avoir trouvé ainsi un mentor qui lui évite toute responsabilité, devienne docile et soumis, et obéisse. On peut alors avoir l'illusion d'un succès, surtout si le Médecin trouve dans la famille des alliés aussi "énergiques" que lui. Le malade n'en est pas moins passif. Cette fois, c'est l'attitude de la mère hyperprotectrice et castratrice qui est adoptée. Tout va bien tant que le malade se sent parfaitement épaulé = mais à la moindre difficulté, au plus petit conflit, à l'ébauche d'un abandon, la plongée dans la maladie mentale se reproduira. C'est aussi chez ces malades que l'on invigore à l'excès, que l'on voit apparaître des bouffées d'agitation et d'agressivité qui traduisent leur profonde opposition, habituellement masquée par leur peur de l'insécurité.

Ces deux attitudes, l'une passive, l'autre invigorante que nous venons de critiquer, peuvent cependant être parfois les seules possibles, par exemple lorsqu'il s'agit de sujets très profondément atteints, chez qui on ne peut pas espérer une guérison complète. La passivité représente alors un moindre mal. De même, il est parfois nécessaire de temporiser et de tolérer une passivité transitoire qui peut permettre un travail de renforcement du Moi.

Mais si l'on veut réellement guérir la passivité, il faut pouvoir aller plus loin. Dans les cas de passivité névrotique, l'indication est théoriquement celle d'une psychanalyse ou d'une psychothérapie d'inspiration analytique. Pour les passivités post-psychotiques, le problème est nettement plus difficile. Une psychanalyse est, en principe, exclue (sauf par les quelques psychanalystes qui ont osé affronter les psychoses, mais ils sont si peu nombreux...) Il semble qu'il faille passer par un premier stade de maternage, très gratifiant, en vue d'établir

un sentiment de sécurité et de faciliter le rapport interpersonnel , pour obtenir un rapport de personne à personne, une véritable relation d'objet. Ce n'est que dans un second stade que l'on pourra essayer d'adultiser le malade - mais même à ce stade, une politique de revalorisation constante devra être entreprise. Il faudra donner au malade la possibilité d'assumer des responsabilités, rompre sa tendance à se perdre dans l'anonymat, multiplier les occasions de contacts sociaux, favoriser la compétition, personnaliser le malade par des activités de groupe où chaque malade ait son rôle, accueillir les initiatives. Il faut insister aussi sur le rôle positif et thérapeutique pour le malade de toute prise en charge affective d'un autre être = rappelons les améliorations constatées dans les observations de Melle.MA... (obs.n°2) et de Melle.LO... (obs.n°3), lorsqu'elles avaient eu la possibilité de s'occuper, l'une de son enfant, l'autre d'une petite fille, dans le service.

Tout cela n'est pas si facile dans un hôpital psychiatrique, car de telles méthodes peuvent donner matière à de nombreux conflits entre malades, ou avec l'équipe soignante, ce qui va compliquer considérablement le travail de cette dernière. Chacun sait que dans les pavillons où l'on s'occupe beaucoup des malades, il se passe beaucoup plus d'incidents que dans les pavillons où tout le monde est passif. Si nous nous attaquons à la passivité du malade mental, certes notre confort en souffrira - mais n'est-il pas également douloureux pour un psychiatre de ne pouvoir guérir ses malades qu'au prix d'un amoindrissement de leur personnalité ? Aussi, faudrait-il pouvoir passer à un troisième stade de psychothérapie proprement dite, pouvant permettre au malade de prendre conscience de ses conflits et de ses défenses. Mais on retombe dans le problème de la psychothérapie des psychoses, avec toutes ses difficultés. Il faudra bien qu'un jour pourtant, le psychiatre y parvienne.

Notre conviction profonde est que la lutte contre la passivité est maintenant devenue une tâche urgente à laquelle le psychiatre n'a plus le droit de se dérober,même s'il doit lui en coûter un effort.

o

o o

C O N C L U S I O N S

Le problème de la passivité est actuellement un des plus urgents de la psychiatrie hospitalière, et le psychiatre y est directement confronté.

1) Sur le plan clinique, on distingue nettement la passivité aiguë mêlée à d'autres symptômes au cours des grands syndromes psychiatriques, et la passivité chronique, névrotique ou post-psychotique. C'est seulement la passivité chronique, isolée, que nous avons étudiée dans cette thèse.

Elle se manifeste à l'hôpital psychiatrique par la chronicité, l'habituation hospitalière, par l'absence de participation aux activités de l'hôpital. Plusieurs éléments la composent, qui peuvent d'ailleurs n'être pas au complet : l'inactivité, le ralentissement, l'apathie, l'irresponsabilité, la bouderie, la soumission l'ironie. Elle a presque toujours une composante d'agressivité qui se révèle par bouffées. On peut décrire plusieurs types cliniques : l'apragmatique, celui qui passe inaperçu, le "bon malade", le boudeur.

2) La passivité représente, sur le plan sociopathologique, une solution "économique" qui permet d'éviter les conflits. Mais l'attitude thérapeutique des médecins et de l'hôpital psychiatrique fait que cette solution n'est plus tolérée.

3) L'étude du contenu de la passivité nous amène à penser que la passivité n'est pas une simple inactivité, ni une simple aboulie. Elle est un trouble des relations avec autrui. Elle est surtout faite de dépendance et de soumission. Le passif ne sait pas user de sa liberté qui est pour lui désécurisante. Il a besoin d'être pris en charge par autrui, et sa passivité est un appel à cette prise en charge. La maladie mentale réalise pour lui une "expérience passive primaire" où il découvre la valeur sécurisante de la passivité. Mais si son appel n'est pas entendu, sa passivité se transforme et devient résignation et refus d'autrui. Son temps vécu

est fait d'une succession de "maintenant" - le passé n'est pas intégré,il n'y a pas de presentification, l'avenir est vide - le passif ne crée pas son propre avenir. Il n'est pas, non plus, capable d'acquisition et il s'appauvrit sans cesse. Finalement, la passivité est une démission.

4) Les psychanalystes ont décrit des conduites passives dans le comportement normal (passivité féminine par exemple ou caractères passifs : passif oral, passif anal), enfin ils décrivent des phases de passivité au cours des psychanalyses. Mais la passivité pathologique est autre chose : elle apparaît comme une régression à un stade infantile de dépendance et directement liée au principe de sécurité : le malade insécurisé a une réaction agressive qui aggrave le sentiment d'insécurité, ne serait-ce que par la culpabilité qu'elle entraîne. Le sujet refoule alors son agressivité et la remplace par de la passivité. Cette insécurité est habituellement liée à des conflits intérieurs, répétant des conflits de la première enfance = le rôle de la mère paraît prédominant, qu'il s'agisse d'une mère abandonneuse, ou d'une mère hyperprotectrice et castratrice = elles permettent ainsi le développement d'une réaction névrotique de passivité en face de toute difficulté. La résultante en est la faiblesse du Moi. La passivité est d'autre part, le signe d'un trouble des relations objectales.

5) La passivité existait en psychiatrie avant l'apparition des neuroleptiques, et l'on connaît de nombreux cas de passivité chez des malades non traités par ces derniers. Ils peuvent parfois jouer un rôle dans l'apparition d'un syndrome de passivité ; le "syndrome neuroleptique" peut être considéré comme une expérience passive primaire. Mais il disparaît normalement quand on arrête le traitement. On peut penser cependant que les neuroleptiques exacerbent une tendance à la passivité qui était restée latente jusque-là.

6) Sur le plan thérapeutique, il nous faut distinguer trois possibilités :

- le traitement chimiothérapique : nous pensons qu'il convient d'user des neuroleptiques sans chercher à obtenir le "syndrome neuroleptique". Si l'on est parfois obligé d'aller jusque-là, il est préférable d'écourter cette phase le plus possible.

L'usage des correcteurs est toujours recommandé. Par ailleurs les psychoanaleptiques, psychotoniques et thymoleptiques, peuvent être de précieux auxiliaires tant par leur action directe sur la passivité, que par leur action sur la facilitation de l'expression verbale, utile au cours d'une psychothérapie.

- le traitement sociothérapique : toute structure oppressive forme des êtres passifs L'asile, par son caractère désertique, répressif, par la concentration de nombreux malades, par l'anonymat qui y règne, favorise la dépersonnalisation et la passivité. Inversement, tout ce qui permet de revaloriser et de personnaliser les malades, joue contre la passivité.

- le traitement psychothérapique enfin : la passivité morbide ne doit, en aucun cas, être considérée comme une composante du caractère, et à ce titre comme inévitable et incurable. Elle est un symptôme comme un autre, c'est-à-dire qu'elle a une fonction et une signification. Elle est une défense contre l'angoisse, elle est une régression. Il faut donc la traiter comme telle. Deux attitudes semblent à éviter : l'attitude d'abandon, d'oubli, et l'attitude invigorante. Il faut, au contraire, aider le passif à mûrir, à progresser : d'abord en le sécurisant, puis en le revalorisant, en développant son sens des responsabilités. On souhaiterait pouvoir enfin faire une psychothérapie en profondeur à la recherche des conflits névrotiques : ceci peut d'ores et déjà être tenté dans les passivités névrotiques, mais le problème est plus difficile dans les cas de psychoses vieillies.

Le Président de Thèse :

Professeur DECHAUME.

VU,et permis d'imprimer,
LYON, le 3 Février 1962.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P.LOUIS.

VU, le Doyen :

H .HERMANN .

B I B L I O G R A P H I E

1) ALLENDY "La représentation et l'instinct de la mort"

Evolution Psychiatrique, 1932, n°1, 11-26.

2) ALLENDY "Les constitutions psychiques"

Evolution Psychiatrique, 1932, 2° série, n°4, 7-13.

3) BALVET P. "Les comportements de passivité au cours de la chimiothérapie des psychoses"

Journées thérapeutiques de Psychiatrie, Hôpital du Vinatier, 1959.
(Interventions de Bailly-Salins, Bergeret, Reyss-Brion, Duc, Nachin, etc...)

4) BENASSY "La théorie des instincts"
Rapport au XV°Congrès des psychanalystes de langue française -

Paru dans la Revue Française de Psychanalyse, 1953, n°1 et 2.

5) BILLAUD "La Bouderie" - Thèse Lyon, 1958.

6) BISCH LER "Interprétation psychanalytique de la schizophrénie"

Evolution Psychiatrique, 1934, n°2, p.9-34.

7) BOREL et Gilbert ROBIN "Les rêveurs"

Tome I de l'Evolution Psychiatrique, 1925, p.155-192.

8) BOUVET M. "Le moi dans la névrose obsessionnelle"
Rapport au XV°Congrès des psychanalystes de langue française, Paris, 1952.

Paru dans la Revue Française de Psychanalyse, Tome XVII n°1 -2, p.111-217.

9) BURGAT R. "Psychométrie du temps vécu au cours des thérapeutiques psychotoniques et antidépressives" - Thèse Lyon 1961.

10) CHANOIT P. "Quelques considérations sur l'utilisation psychothérapique d'un nouveau psychotonique"
Annales Médico-Psych., 118ème année, Tome II, n°5 -Décembre 1960.

11) De CLERAMBAULT "Oeuvres complètes" Tome II p.542-573-575
P.U.F., 1942.

12) DELAY, DENIKER "Réactions biologiques observées au cours du traitement par le 4 560 R.P."
(Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologues de France et de langue française, Luxembourg, Juillet 1952).

13) DESHAIES et Coll. "Chlorpromazine et Réserpine en Psychiatrie"
Annales Méd.Psych., 115° année, Tome I, Mars 1957, p.417.

14) DIATKINE et FAVEREAU "Le caractère névrotique"
Rapport au XVIII°Congrès de Psychanalyse, Paris 1955.

15) DUBOR (Mme.M.) "L'habituation hospitalière en milieu psychiatrique"
Thèse Lyon 1958.

16) DUPRE "L'interpsychologie dans les affections mentales"
Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de langue française, Strasbourg, 1920.

17) ELLENBERGER "La psychiatrie suisse"
Evolution Psychiatrique, 1952, n°2, p.315-318.

18) H.EY "La psychopathologie et le problème de la volonté"
Colloque de Bonneval, 1956.
"Introduction" Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Tome I,- Psychiatrie -

19) Mme.FAVEZ-BOUTONNIER "Les défaillances de la volonté"

20) FENICHEL "La théorie psychanalytique des névroses"
2 Tomes, P.U.F. 1953.

21) FOLIN , CHANOIT, PILON, HUCHON.
"Le remplacement du Largactil par des placébos dans un service psychiatrique"
Annales Méd.Psych. , Mai 1961, Tome I, n°5., p.976-984.

22) FREUD Anna "Le Moi et les mécanismes de défense"
P.U.F., 1949, 162.

23) FREUD S. "Au-delà du principe de plaisir"
in Essais de Psychanalyse (Payot)

24) FREUD S. "Introduction à la psychanalyse" (Payot, 1922)

25) FREUD S. "Trois essais sur la théorie de la sexualité" (Gallimard)

26) FREUD S. "Malaise dans la civilisation"

27) FREUD S. "Le cas du Président Schréber" in "Cinq Psychanalyses"
P.U.F., 1954

28) FREUD S. "Instincts and their vicissitudes"
Collected Papers, IV, 6 0 .

29) FREUD S. "Inhibition, symptôme et angoisse"
P.U.F., 1951.

30) GAYRAL "Nouvelles chimiothérapies en psychiatrie"
Rapport au IV°Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française, Lyon, 1957.

31) GIROD "Attitudes collectives et relations humaines"
P.U.F., 1953, (Ch.III et VI) 346 pages.

32) GREEN "Délire et imaginaire"
Entretiens Psychiatriques, n°4, 1958.

33) GUEIX G. "Agressivité réactionnelle dans l'angoisse d'abandon"
Revue Française de Psychanalyse, 1948, Tome XII, n°2, p.251 à 263.

34) GUEIX G. "La névrose d'abandon"
P.U.F., 1950.

35) LE GUILLANT et Coll.
"Le syndrome neuroleptique' - Etude clinique et psychotechnique"
Ann.Méd.Psych., 1957, Tome I, n°2, p.316-338.

36) LE GUILLANT et ANGELERGUES
"La notion de type nerveux"
Evolution Psychiatrique, 1954, n°4, p.507-538

37) LE GUILLANT
"Introduction à une psychopathologie sociale"
Evolution Psychiatrique, 1954, n°1, p.1-52.

38) GUIRAUD P. "Psychiatrie générale" Librairie Le François, 1950.

39) GUIRAUD P. "Psychiatrie clinique" Librairie Le François, 1956.

40) GUYOTAT J., MARIN A. et ROULLET.
"La thérapeutique par le Marplan en Psychiatrie"
Journal de Médecine de Lyon, 1959, p.1055.

41) GUYOTAT J. et MARIN A.
"Incidences de la chimiothérapie sur la durée d'hospitalisation des malades mentaux"
Revue Lyonnaise de Médecine, Tome X, n°3, 1961, p.148-156.

42) GUYOTAT J. "Remarques sur la relation entre chimiothérapie et psychothérapie individuelle". (A paraître)

43) HARTMANN, KRIS et LOWENSTEIN
"Notes on the theorie of agressions"
The Psychoanaleptic Study of the child", 1949, Vol.III,IV, 9, London, Imago.

44) HEDIGER : "Psychologie des animaux au zoo et au cirque"
Julliard, 1955, 275 p.

45) HESNARD "Apport de la phénoménologie à la psychiatrie contemporaine"
Rapport au LVII° Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française, Tours 1959.

46) HORNEY K. "La personnalité névrotique de notre temps"
L'Arche - coll. Psyché, 1953, 190 p.

47) HORNEY K. "Nos conflits intérieurs"
L'Arche - coll.Psyché , Paris 1955, 193 p.

48) KRECH et CRUCHFIELD
"Théories et problèmes de psychologie sociale"
1948, Trad.F.Lesage, P.U.F., Paris 1952, 2 Tomes, 614 p.(Ch.X)

49) LAGACHE "Passions et psychoses passionnelles"
Evolution Psychiatrique, 1936, n°1, p.3-29.

50) LECHAT F. "Angoisse et résistance - Contribution à une étude phénoménologique du Moi".
Revue Française de Psychanalyse, 1948, Tome XII, N°2, p.279-287.

51) LECHAT F. "Du principe de sécurité"
Rapport au XVII° Congrès des Psychanalystes de langue française.
Revue Française de Psychanalyse, 1955, Tome XIX, n°1-2, p.11-135.

52) MALLET "L'Evolution de W.Reich, ou l'analyste et l'instinct de mort"
Revue Française de Psychanalyse, Tome XVII, n°3, p.279-299.

53) MERLEAU-PONTY
"La passivité"
Conférence à la Sorbonne, Paris 1959 (inédit).

54) MINKOWSKY E.
"Le temps vécu" Paris 1934, d'Artrey, 400 p.

55) MINKOWSKY E.
"La Genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels"
Evolution Psychiatrique, 1925, Tome 1, p.193.

56) MORENO "Fondements de la sociométrie"
P.U.F., 1954, 400 p.

57) MOUNIER E. "Traité du caractère"
Ed.du Seuil, 1947 - 799 p.

58) MU LLAHY "Oedipe - du mythe au complexe"
Payot 1951, 330 p.

59) NACHT S. "Instinct de mort ou instinct de vie ?"
Revue Française de Psychanalyse, 1956, Tome XX, n°3,p.405-417.

60) PAYNE S. "Notes sur quelques types de défense du Moi"
Revue Française de Psychanalyse, 1957, n°1, Tome XXI.

6 1) POSTEL "Les défaillances psychiques du vieillard"
Annales Méd.Psych., 1961, Tome I, n°5 , p.877-913.

62) RACAMIER "Etude clinique de frustrations précoces"
Revue Française de Psychanalyse, 1953, n°3, p.328-350 et 1954, n°4, p.576-631 .

63) RACAMIER "Psychothérapie psychanalytique des psychoses"
Psychanalyse d'aujourd'hui
P.U.F., 1956, p.678.

64) RACAMIER "Introduction à une sociopathologie de schizophrènes hospitalisés"
Evolution Psychiatrique, 1957, n°1, p.47-94.

6 5) REDING G.R. "Les états de dépendance en clinique psychanalytique"
Revue Française de Psychanalyse, Tome XXI, 1957, n°1.

66) REVOL et coll. "La thérapeutique par la Chlorpromazine en pratique psychiatrique",
Masson , 1956.

67) Mme.REVOL M.E. "Les psychoanaleptiques dans le traitement de l'oligophrénie"
Thèse, Lyon 1961.

68) Mme.SECHEHAYE A.
"Journal d'une schizophrène"
P.U.F., 1950.

69) Mme.SECHEHAYE A.
"Le transfert dans la réalisation symbolique"
Revue Française de Psychanalyse, Tome XX, n°4, 1956, p.479-494

70) SIVADON et LEVY-VALENSI
"La pensée psychiatrique"
Evolution Psychiatrique, 1954, n°1, p.237-254

71) SIVADON "L'investissement de l'agressivité comme technique socio-thérapique"
Evolution Psychiatrique, 1956, p.357,362.

72) STANTON AH et SCHWARTZ MS
"Observations on dissociation as social participation"
Psychiatry 1949, Tome XII, p.339-354

73) SUTTER J.M. "L'anticipation"
Evolution Psychiatrique, 1956, p.379-388

74) STRASMANN, THALER et SCHEIN
"Un syndrome des prisonniers de guerre : l'apathie, réactions à un stress sévère"
The American Journal of Psychiatry, Vol.112, n°12, 1956, p.998 (et Annales Méd.Psychol.1957, p.370) .

75) SYMPOSIUM SUR LA PSYCHOTHERAPIE COLLECTIVE à BONNEVAL, 1952.
Evolution Psychiatrique, 1952, n°3.

76) THOMPSON Cl. "La Psychanalyse"
Gallimard, 1956 (N.F.E.) 251 p.

77) VERCORS "Les armes de la nuit et la puissance du Jour"
Albin Michel, 1951, p.133-135

78) VIE J. "Quelques terminaisons des délires chroniques"
Annales Méd.Psychol.1939, Tome III,n°4.

TABLE DES MATIERES

		Pages
PREAMBULE		
CHAPITRE I	HISTORIQUE	1
CHAPITRE II	DESCRIPTION CLINIQUE DE LA PASSIVITE	5
	• Sémiologie	5
	• Types cliniques	8
	• Description nosographique	17
CHAPITRE III	SOCIOPATHOLOGIE DU MALADE PASSIF HOSPITALISE	
	Introduction	23
	Généralités	23
	La passivité dans l'ancien asile	24
	La passivité dans le nouvel hôpital psychiatrique	26
CHAPITRE IV	ANALYSE DU CONTENU DE LA PASSIVITE	
	Introduction - Définition	30
	La passivité n'est pas une simple inactivité	31
	La passivité n'est pas une aboulie	35
	La passivité est une dépendance	36
	Troubles de l'utilisation du temps et de l'espace	42
	La passivité est une absence d'acquisition	45
	La passivité est une démission	46
	Valeur positive de la passivité	47
CHAPITRE V	ABORD PSYCHANALYTIQUE DE LA PASSIVITE	
	Généralités	49
	La passivité dans la caractérologie psychanalytique	56
	Passivité, agressivité et sentiment d'insécurité	58
	Passivité, faiblesse du Moi et relation d'objet	60
	Instinct de vie ou instinct de mort	62
	Le malade passif, vu à travers le test de Rosenzweig	63

Pages

CHAPITRE VI — PASSIVITE ET NEUROLEPTIQUES

Les syndromes neuroleptiques 65

Comparaison entre la passivité et le syndrome neuroleptique 67

Comment les neuroleptiques favorisent-ils la passivité ? 67

CHAPITRE VII — ELEMENTS DE THERAPEUTIQUE

Chimiothérapie 70

Sociothérapie 73

Psychothérapie 76

CONCLUSIONS 79

BIBLIOGRAPHIE